

Accord Canada / Hongrie

Demande d'une pension de vieillesse et/ou d'invalidité hongroise

Voici des renseignements importants dont vous devez tenir compte au moment de remplir votre demande.

Veillez vous assurer de signer la demande. Si la signature de votre époux(se) ou conjoint de fait est demandée, assurez-vous que **vous signez tous deux** la demande. Si vous apposez une marque en guise de signature, (par exemple : « X »), la signature d'un témoin est exigée.

Votre demande doit être accompagnée de tous les documents justificatifs requis. Veuillez soumettre ces documents.

Lorsqu'il est précisé qu'on exige les documents originaux, il vous faut soumettre les documents originaux avec votre demande. Vous devez conserver, pour vos dossiers, une **copie certifiée conforme de tout document original** que vous nous envoyez. Certains pays exigent des documents originaux qui ne vous seront pas retournés.

Vous pouvez soumettre **l'original ou une photocopie certifiée conforme** de tout document lorsque les originaux ne sont pas exigés. Les documents originaux vous seront retournés dans les meilleurs délais. Si vous soumettez des photocopies de documents, **celles-ci doivent être certifiées conformes par** : un comptable, un chiropraticien, un commissaire à l'assermentation, un dentiste, un médecin, un employé d'un ministère fédéral ou provincial ou de l'un de ses organismes, un directeur de maison funéraire, un juge de paix, un avocat, un magistrat, un directeur d'institution financière, un député fédéral ou provincial ou un membre de son personnel, un prêtre ou un ministre du culte, un greffier municipal, un notaire, un représentant d'un pays avec lequel le Canada a conclu un accord de sécurité sociale, un agent officiel d'une ambassade, d'un consulat ou d'un haut-commissariat, un pharmacien, un agent de police, un maître de poste, un ingénieur, un travailleur social ou un professeur.

La personne qui certifie la photocopie doit indiquer son titre officiel, son numéro de téléphone, la date de certification, et elle doit également indiquer son nom et signer et ajouter la phrase suivante sur le document : « **Cette photocopie est conforme au document original et n'a été modifiée d'aucune façon** ».

Retournez votre demande dûment remplie, les formulaires et les documents à l'appui aux :

Programmes de la sécurité du revenu
Développement social Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0L4

Le défaut de faire parvenir ces documents risque de retarder le traitement de votre demande.

Avertissement :

Ce formulaire de demande a été élaboré conjointement par des sources externes et Développement social Canada. Le contenu et le langage répondent aux exigences législatives de ces sources externes.

**FŐVÁROSI ÉS PEST MEGYEI
NYUGDÍJBIZTOSÍTÁSI IGAZGATÓSÁG**1430 BUDAPEST, Pf.: 38.
HONGRIE**ADMINISTRATION DE L'ASSURANCE-
PENSION DE BUDAPEST ET DU COMTÉ DE
PEST**Magyar ügyiratszám (amennyiben ismert) /
Numéro de dossier hongrois (si disponible)Kanadai társadalombiztosítási azonosító szám
(amennyiben ismert) /
Numéro d'assurance sociale canadien (si disponible)**KÉRELEM**saját jogú nyugellátás iránt a magyar nyugdíjbiztosítástól
a 2002.03.04-én megkötött
magyar-kanadai szociális biztonsági egyezmény
alapján**DEMANDE**de prestation de pension de l'Administration hongroise de l'assurance-pension
conformément à l'Accord de sécurité sociale entre le Canada et la Hongrie
conclu le 4 mars 2002

A Données personnelles sur l'assuré		A biztosított személyi adatai	
1	Nom de famille		Családi neve
2	Prénom(s)		Utónevei
3	Nom de jeune fille		Leánykori neve
4	Nom(s) précédent(s) *		Előző neve(i) *
5	Nom de jeune fille de la mère *		Anyja leánykori neve *
6	État civile		Családi állapota
7	Sexe	masculin férfi féminin nő	Neme
8	Date de naissance	année/év mois/hó jour/nap	Születési időpontja
9	Lieu de naissance		Születési helye

* (Les documents appuyant ces données doivent être annexés. Ezeket az adatokat igazoló okiratokat mellékelni kell.)

10	Pays de citoyenneté		Állampolgársága(i)
11	Adresse domiciliaire		Lakcíme
12	Adresse postale		Levelezési címe
13	Code d'identification d'assurance sociale (TAJ)		Társadalombiztosítási Azonosító Jele (TAJ)
14	Nom du tuteur		Gyám, gondnok neve
15	Adresse postale ou domiciliaire du tuteur		Gyám, gondnok címe/lakcíme

B Prestation demandée		A kérelmezett ellátás	
1	Pension de vieillesse		Öregségi nyugdíj
2	Pension de vieillesse anticipée		Előrehozott öregségi nyugdíj
3	Pension de vieillesse anticipée réduite		Csökkentett előrehozott öregségi nyugdíj
4	Pension de vieillesse préférentielle		Korkezdvezményes öregségi nyugdíj
5	Pension d'invalidité		Rokkantsági nyugdíj
6	Pension d'invalidité en cas d'accident en milieu de travail ou de maladie professionnelle		Rokkantsági nyugdíj munkahelyi baleset, vagy foglalkozási betegség esetén
7	Date demandée pour l'établissement de la pension	année/év mois/hó jour/nap	Mikortól kéri a nyugdíj megállapítását?

C Données concernant l'activité rémunératrice		Kereső tevékenységre vonatkozó adatok	
1	<p>Êtes-vous un employé? Êtes-vous un travailleur autonome?</p> <p>Si « oui » :</p> <ul style="list-style-type: none"> · date de la cessation de l'emploi et/ou de l'activité autonome 	<p>oui/igen non/nem</p> <p>année/év mois/hó jour/nap</p> <p>.....</p>	<p>Munkaviszonyban áll-e? Önálló tevékenységet folytat-e?</p> <p>Ha „igen“:</p> <ul style="list-style-type: none"> · munkaviszony illetve önálló tevékenység megszűnésének időpontja
2	<p>Avez-vous reçu une prestation de maladie?</p> <p>Si « oui » :</p> <ul style="list-style-type: none"> · date de la cessation de la prestation de maladie 	<p>oui/igen non/nem</p> <p>année/év mois/hó jour/nap</p> <p>.....</p>	<p>Táppénzben részesül-e?</p> <p>Ha „igen“:</p> <ul style="list-style-type: none"> · táppénzfolyósítás megszűnésének időpontja
3	<p>Depuis quand effectuez-vous un genre de travail qui fournit des gains considérablement plus faibles et/ou dont le nombre d'heures de travail a été réduit?</p>	<p>année/év mois/hó jour/nap</p>	<p>Mióta dolgozik lényegesen kisebb keresetet biztosító munkakörben, vagy csökkentett munkaidőben?</p>
4	<p>Avez-vous reçu une prestation d'assurance-emploi?</p> <p>Si « oui » :</p> <ul style="list-style-type: none"> · date de la cessation de la prestation d'assurance-emploi 	<p>oui/igen non/nem</p> <p>année/év mois/hó jour/nap</p> <p>.....</p>	<p>Munkanélküli ellátásban részesül-e?</p> <p>Ha „igen“:</p> <ul style="list-style-type: none"> · munkanélküli ellátás megszűnésének időpontja

D Autres données requises pour l'évaluation de la demande de pension		Nyugdíj iránti kérelem elbírálásához szükséges egyéb adatok	
1	<p>Avez-vous présenté une demande de pension de vieillesse ou d'invalidité?</p> <p>Si « oui » :</p> <ul style="list-style-type: none"> · à quelle entité · numéro de dossier 	<p>oui/igen non/nem</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Előterjesztett-e korábban öregségi vagy rokkantsági nyugdíj iránti kérelmet</p> <p>Ha „igen“:</p> <ul style="list-style-type: none"> · mely szervnél · ügyiratszám
2	<p>En plus de la prestation demandée maintenant, est-ce qu'une</p> <ul style="list-style-type: none"> · pension de vieillesse · pension d'invalidité · pension d'invalidité liée à un accident · prestation exceptionnelle · allocation sociale régulière · allocation provisoire · assistance sociale · pension de veuve/veuf · prestation d'orphelin · allocation d'incapacité <p>a été établie pour vous?</p> <p>Si « oui » :</p> <ul style="list-style-type: none"> · nom de l'organisme effectuant les paiements · numéro de référence du paiement 	<p>oui/igen non/nem</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Állapítottak-e meg az Ön részére a most kérelmezett ellátáson kívül</p> <ul style="list-style-type: none"> · öregségi nyugdíjat · rokkantsági nyugdíjat · baleseti rokkantsági nyugdíjat · kivételes ellátást · rendszeres szociális járadékot · átmeneti járadékot · szociális segélyt · özvegyi nyugdíjat · árvaellátást · egészségkárosodási járadékot? <p>Ha „igen“:</p> <ul style="list-style-type: none"> · folyósító szerv megnevezése · folyósítási törzsszám

3	<p>Avez-vous reçu une décoration (conformément à l'al. (2) de l'article 2 de la Loi n° XII de 1991) qui vous rend admissible à un boni au lieu d'un supplément de pension?</p> <p>Si « oui », quel genre :</p> <ul style="list-style-type: none"> · maître en art populaire · citation du premier ministre pour services rendus dans le mouvement de résistance national et dans la lutte anti-germanique pour la libération · Ordre hongrois de la liberté (accordé avant le 31 décembre 1948, conformément à la Loi n° VIII de 1946) 	<p>oui/igen non/nem</p>	<p>Nyugdíjkiegészítés helyetti pótlékra jogot adó kitüntetéssel (az 1991. évi XII. törvény 2.§ (2) bekezdés alapján) rendelkezik-e?</p> <p>Ha „igen“, milyennel?</p> <ul style="list-style-type: none"> · népművészet mestere, · miniszterelnöki elismerés, a nemzeti ellenállási mozgalomban és a németellenes szabadságharcban szerzett érdemekért, · magyar szabadság érdemrend (1946. évi VIII. törvény alapján 1948.12.31-e előtt kitüntetett)
	<ul style="list-style-type: none"> · Avez-vous gagné un championnat mondial pour adultes dans une compétition individuelle ou par équipes? (une accréditation du Ministère de l'enfance, de la jeunesse et des sports est requise) 		<ul style="list-style-type: none"> · felnőtt világbajnokságon, egyéni, illetve csapatversenyszámban, világbajnoki címet szerzett-e? (Gyermek, Ifjúsági és Sport Minisztérium igazolása szükséges),
4	<p>Avez-vous déjà pris un congé non payé pour accompagner votre conjoint qui fournissait des services ou travaillait en permanence à l'étranger en vertu d'un permis portant une date antérieure au 1^{er} mars 1992?</p> <p>Si « oui » :</p> <ul style="list-style-type: none"> · votre conjoint a-t-il versé des cotisations de retraite pendant cette période? <p>Si « oui » :</p> <ul style="list-style-type: none"> · indiquer la période · à quelle entité d'assurance sociale? 	<p>oui/igen non/nem</p> <p>oui/igen non/nem</p> <p>de/tól à/ig</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>1992.03.01-jét megelőzően kiadott engedély alapján tartósan külföldi szolgálatot teljesítő, vagy munkát vállaló személy házastársaként, külföldre történő utazás címén fizetés nélküli szabadságon volt-e?</p> <p>Ha „igen“:</p> <ul style="list-style-type: none"> · ennek időszakára nyugdíjjárulékot fizetett-e? <p>Ha „igen“:</p> <ul style="list-style-type: none"> · mikortól-meddig? · mely társadalombiztosítási szervhez?

5	<p>Avez-vous déjà été en congé non payé?</p> <p>Si « oui » :</p> <ul style="list-style-type: none"> · indiquer la période · pour quelle raison? (p. ex. indemnité de garde d'enfants, pour prendre soin d'un enfant âgé entre 3 ans et 10 ans) · avez-vous versé des cotisations pour la pension pendant ce temps? (dans le cas d'un congé non payé pour construire sa propre maison ou prendre soin à la maison d'un membre de la famille qui était malade) 	<p>oui/igen non/nem</p> <p>de/tól à/ig</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>oui/igen non/nem</p>	<p>Fizetés nélküli szabadságon volt-e?</p> <p>Ha „igen“:</p> <ul style="list-style-type: none"> · mikortól-meddig? · milyen címen? (pl. gyes, 3-10 éves gyermek ápolása) · Erre az időre a nyugdíjjárulékot megfizette-e? (saját ház építése, közeli hozzátartozó otthoni ápolása címén igénybe vett fizetés nélküli szabadság esetén)
6	<p>Avez-vous conclu un accord concernant l'ensemble des prestations d'assurance sociale ou le temps de service?</p> <p>Si « oui » :</p> <ul style="list-style-type: none"> · pour quelle période? · avec quelle organisme d'assurance sociale? 	<p>oui/igen non/nem</p> <p>de/tól à/ig</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Kötött-e megállapodást a társadalombiztosítás valamennyi ellátására, vagy szolgálati időre?</p> <p>Ha „igen“:</p> <ul style="list-style-type: none"> · mely időszakra? · mely társadalombiztosítási szervnél?
7	<p>Avez-vous déjà reçu un soutien financier pour prendre soin d'une personne malade ou pour élever un enfant?</p> <p>Si « oui » :</p> <ul style="list-style-type: none"> · indiquer la période · nom de l'organisme ayant effectué les paiements 	<p>oui/igen non/nem</p> <p>de/tól à/ig</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Ápolási díjban, gyermeknevelési támogatásban részesült-e?</p> <p>Ha „igen“:</p> <ul style="list-style-type: none"> · mikortól-meddig? · folyósító szerv megnevezése

8	<p>Avez-vous déjà été mis en état d'arrestation?</p> <p>Avez-vous déjà purgé une peine d'emprisonnement?</p> <p>Si « oui » :</p> <ul style="list-style-type: none"> · de quel établissement avez-vous été libéré? 	<p>oui/igen non/nem</p> <p>oui/igen non/nem</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Előzetes letartóztatásban volt-e?</p> <p>Szabadságvesztés büntetést töltött-e?</p> <p>Ha „igen“:</p> <ul style="list-style-type: none"> · mely intézetből szabadult?
9	<p>Avez-vous effectué un genre de travail qui vous a rendu admissible à un âge de retraite privilégié?</p> <p>Si « oui » :</p> <ul style="list-style-type: none"> · quel genre de travail? · pendant quelle période? · pour quel employeur? 	<p>oui/igen non/nem</p> <p>.....</p> <p>de/tól à/ig</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Korkezdvezményes munkakörben dolgozott-e?</p> <p>Ha „igen“:</p> <ul style="list-style-type: none"> · milyen munkakörben? · mely időszakban? · mely munkáltatónál?
10	<p>Le dernier fonds de pension privé (en vertu de la Loi n° LXXXII de 1997) auquel vous avez participé</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Az 1997. évi LXXXII. törvény hatálya alá tartozó mely magánnyugdíjpénztárnak volt tagja utoljára?</p>

E Périodes d'étude admissibles		Tanulmányok címén beszámítható időszakok	
1	<p>Avez-vous déjà fréquenté une université ou un collège à titre d'élève de jour?</p> <p>Si « oui » :</p> <p>· où?</p> <p>· indiquer la période et l'établissement d'enseignement</p> <p>(Il faut annexer votre livret d'inscription ou un certificat d'une université ou d'un collège attestant de la période d'études.)</p> <p>Dans le cas d'études à l'étranger, les qualifications acquises à l'étranger ont-elles été reconnues conformément aux normes hongroises?</p>	<p>oui/igen non/nem</p> <p>À l'étranger en Hongrie külföldön Magyarországon</p> <p>du/tól au/ig</p> <p>.....</p> <p>oui/igen non/nem</p>	<p>Nappali tagozaton egyetemi, főiskolai tanulmányokat folytatott-e?</p> <p>Ha „igen“:</p> <p>- hol?</p> <p>- mikortól meddig és mely oktatási intézményben?</p> <p>(A tanulmányi időszakokat bizonyító leckekönyvet, vagy egyetemi, főiskolai igazolást mellékelni kell.)</p> <p>Külföldön folytatott tanulmányok esetén a külföldi szakképesítést a magyar szabályok szerint honosították-e?</p>
2	<p>Avez-vous versé des cotisations pour la pension pour les périodes de vos études postsecondaires après le 31 décembre 1997?</p>	<p>oui/igen non/nem</p>	<p>1997.12.31-ét követően felsőfokú tanulmányainak időszakaira nyugdíjjárulékot fizetett-e?</p>
3	<p>Avez-vous fréquenté une école professionnelle (pour devenir un ouvrier qualifié, un apprenti, etc.)?</p> <p>Si « oui » :</p> <p>· indiquer la période</p> <p>· quelle école et/ou quel employeur?</p>	<p>oui/igen non/nem</p> <p>de/tól à/ig</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Szakképző iskolai tanulóként (szakmunkás tanulóként, ipari tanulóként, tanoncként) folytatott-e tanulmányokat?</p> <p>Ha „igen“:</p> <p>· mikortól-meddig?</p> <p>- mely iskolában, illetve munkáltatónál?</p>

J'ai élevé l'enfant n° avec les interruptions suivantes :
 A nevelést az sorszámú gyermek esetében az alábbi megszakításokkal folytattam.

de/tól..... à/ig de/tól.....à/ig.....

J'ai élevé l'enfant n° avec les interruptions suivantes :
 A nevelést az sorszámú gyermek esetében az alábbi megszakításokkal folytattam.

de/tól.....à/ig de/tól.....à/ig.....

Nom(s) du ou des enfants souffrant d'une maladie prolongée ou d'une invalidité parmi les enfants indiqués ci-dessus : *(il faut annexer la documentation certifiant les renseignements personnels relatifs à l'enfant et, dans le cas d'un enfant malade, un certificat du médecin spécialiste datant d'un maximum de trois mois)*

A fent nevezett gyermekek közül tartós betegségben szenvedő, illetve fogyatékos gyermek(ek) neve:
*(A gyermekek személyi adatait igazoló okmányt, valamint **beteg gyermek esetén** 3 hónapnál nem régebbi **szakorvosi igazolást** csatolni kell!)*

.....

G	Données complétant la demande de pension d'invalidité	Rokkantsági nyugdíj iránti kérelmet kiegészítő adatok	
1	<ul style="list-style-type: none"> · Quelle maladie a causé votre invalidité? · Votre invalidité est-elle le résultat d'un accident, d'un accident en milieu de travail ou d'une maladie professionnelle? · Dans le cas d'un accident, celui-ci est-il imputable à quelqu'un en particulier? · Nom de la personne qui a causé l'accident · Adresse domiciliaire de la personne responsable de l'accident 	oui/igen non/nem 	<ul style="list-style-type: none"> · Rokkantsága milyen betegségből ered? · Rokkantsága baleset, üzemi baleset, foglalkozási megbetegedés következménye-e? · Baleset esetén okolható-e valaki a balesetért? · A baleset okozójának neve és címe:

H	Déclaration et signature du demandeur	A kérelmező nyilatkozata és aláírása	
1	<p>Je déclare par la présente être au courant de mes responsabilités financières et criminelles, et que les réponses fournies aux questions sont vraies.</p> <p>Je comprends que je suis obligé de verser des dommages-intérêts si de fausses données ont été fournies. Je comprends aussi que je suis obligé d'informer l'organisme évaluant la requête de tout changement dans les données précitées survenant avant qu'elle prenne sa décision, et d'informer l'Administration du paiement des pensions dans les huit jours suivant l'établissement d'une pension.</p> <p>Je consens à ce que l'autorité ou l'institution compétente canadienne ou hongroise examine et utilise toute opinion ou conclusion médicale si c'est nécessaire pour l'évaluation de la demande.</p> <p>Je consens également à ce que tout renseignement concernant mon état de santé soit transféré à l'institution ou à l'autorité compétente canadienne ou hongroise par les médecins qui me soignent.</p> <p>J'accepte aussi de subir des tests avec hospitalisation dans un établissement médical, si c'est nécessaire, pour que ma maladie soit établie de façon incontestable.</p>	<p>Anyagi és büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a kérdésekre adott válaszok a valóságnak megfelelnek.</p> <p>Tudomásul veszem, hogy a valótlán adatszolgáltatásból eredő kárt köteles vagyok megtéríteni. Tudomásul veszem továbbá, hogy az adatokban a határozathozatalig bekövetkező változást köteles vagyok az igényelőkészítő szervnek, a nyugdíj megállapítását követően a Nyugdíjfolyósító Igazgatóságnak 8 napon belül bejelenteni.</p> <p>Egyetértek azzal, hogy minden orvosi szakvéleménybe, orvosi leletbe az illetékes kanadai vagy magyar illetékes hatóság, illetve illetékes hivatal betekintsen és felhasználja, amennyiben a kérelem elbírálásához az szükséges.</p> <p>Egyetértek továbbá azzal, hogy a kezelőorvosok az illetékes hatóságnak, illetve illetékes hivatalnak minden felvilágosítást megadjanak egészségi állapotomról.</p> <p>Szintén egyetértek azzal, hogy egy egészségügyi intézményben fekvőbeteg vizsgálatnak vessem alá magam – amennyiben ez betegségem biztos megállapításához szükséges.</p>	
2	Signature du demandeur	Kérelmező aláírása	
Date	année/év mois/hó jour/nap	Dátum	

3 Certification de la signature du demandeur – Cachet et signature de l'institution compétente canadienne		A kérelmező aláírásának igazolása kanadai illetékes intézmény pecsétje és aláírása.
--	--	---

I Attestation de l'institution compétente canadienne	Kanadai biztosítási teherviselő igazolása	
1 Date du dépôt de la demande	année/év mois/hó jour/nap 	A kérelem benyújtásának időpontja
2 Nous confirmons l'exactitude des données personnelles en nous appuyant sur les documents disponibles.	<p>Dans la section A szakasz</p> <p>1 8</p> <p>2 9</p> <p>3 10</p> <p>4 11</p> <p>5 12</p> <p>6 14</p> <p>7 15</p> <p>pontjában</p> <p>Dans la section F szakasz</p> <p>a</p> <p>b</p> <p>pontjában</p>	A személyi adatok helyességét a rendelkezésre álló okiratok alapján igazoljuk.
3 Lieu Date année/év mois/hó jour/nap	Helység Dátum
4 Timbre et signature de l'institution compétente canadienne		Kanadai illetékes intézmény pecsétje és aláírása

FEUILLE SUPPLÉMENTAIRE/PÓTLAP

	Périodes admissibles accumulées en Hongrie (les indiquer sur la feuille supplémentaire ci-jointe)	Magyarországon szerzett beszámítható időszakok (feltüntetése a mellékelt pótlapon)
1	<p>Vous devez inscrire ici les périodes d'emploi non indiquées dans votre livret de travail — y compris les périodes postérieures au 30 juin 1992 — et les périodes pendant lesquelles vous avez servi à titre d'avocat, de travailleur autonome, de membre d'une coopérative industrielle ou agricole, ou de membre — participant au travail commun — de la famille d'un membre d'une coopérative agricole, d'un membre d'une coopérative spécialisée, ainsi que chaque période dont vous demandez l'admission comme temps de service.</p> <p>Vous devez indiquer ici les périodes — pour lesquelles des cotisations ont été versées — que vous avez passées, en tant que membre de la famille, à contribuer à l'activité économique de la famille.</p> <p>S'ils sont en votre possession, vous devez joindre à la présente vos livrets d'emploi, votre certificat d'assurance sociale, votre licence de fonctionnaire, votre certificat de compagnon, votre contrat d'apprentissage, votre document attestant le temps passé à titre d'apprenti industriel, votre certificat d'ouvrier qualifié, votre certificat de travail, votre livret OMBI, votre feuille estampillée, votre certificat d'assurance, votre lettre de nomination, etc. ainsi que l'attestation de l'employeur des périodes d'emploi postérieures au 30 juin 1992, etc.</p> <p>IMPORTANT! Il faut joindre le certificat officiel émis par le Bureau de règlement central conformément aux ordonnances gouvernementales :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 93/1990 (XI.21.); - 74/1991 (VI.10.); - 5/1992 (III.18.); - 174/1992 (XII.29.). 	<p>Itt kell felsorolni a munkakönyvben nem szereplő - ideértve az 1992. június 30. utáni időtartamokat is – munkaviszonyokat, az ügyvédként, egyéni vállalkozóként, ipari és mezőgazdasági szövetkezeti tagként, mezőgazdasági szövetkezeti tag közös munkában részt vevő családtagjaként, szakszövetkezeti tagként eltöltött időket, valamint mindazokat az időtartamokat, amelyek szolgálati időkénti elismerését kéri.</p> <p>Itt kell feltüntetni a segítő családtagként eltöltött időszakokat, melyre járulékfizetés történt.</p> <p>Amennyiben birtokában van mellékelni kell: a munkakönyveket, társadalombiztosítási igazolványt, cselédkönyvet, segédlevelet, tanoncszerződést, iparitanuló-időt igazoló okmányt, szakmunkás-bizonyítványt, szolgálati bizonyítványt, OMBI könyvet, bélyeglapot, biztosítási igazolványt, kinevezési iratot stb., továbbá 1992. június 30-a után fennálló munkaviszony esetén a munkáltatói igazolást.</p> <p>FONTOS ! A Központi Kárrendezési Iroda által a</p> <ul style="list-style-type: none"> - 93/1990. (XI.21.) Kormányrendelet, - 74/1991. (VI.10.) Kormányrendelet, - 51/1992. (III.18.) Kormányrendelet, - 174/1992. (XII.29.) Kormányrendelet <p>alapján kiadott hatósági bizonyítványt csatolni kell.</p>

<p>Pour que le temps de service militaire (ou civil) soit admis, vous devez annexer les documents (ou des copies certifiées de ceux-ci) qui constituent une preuve de ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le temps de service actif ou dans la réserve en tant que membre des anciennes forces armées ou d'un corps d'armée, ou à titre de membre conscrit de l'ancienne armée hongroise (ou de la batellerie fluviale); - la période de service militaire professionnel; - le temps passé au service de la main-d'œuvre de la Défense nationale ou en captivité; - le temps passé en tant que personne expulsée ou le temps passé à l'étranger au service de l'organisation para-militaire « Levente » pour les jeunes conformément à la Loi n° II de 1939, si vous avez été forcé de quitter le pays contre votre volonté. <p>Les documents qui doivent être acceptés sont le certificat de soldat et les certificats émis par les Archives centrales du ministère de la Défense, le Centre de recrutement ou la Représentation nationale des israélites hongrois (MIOKI). Le service doit être considéré comme attesté s'il est prouvé par une carte de sortie, un livret de solde de soldat, une carte postale d'un camp militaire, une attestation de captivité ou un témoignage fiable de la part de témoins trouvés par le demandeur.</p>	<p>Katonai (polgári) szolgálati <u>idő</u> beszámítása érdekében mellékelni kell, amennyiben birtokában van azokat az okmányokat (illetve azok hitelesített másolatát), amelyek bizonyítják</p> <ul style="list-style-type: none"> - a volt fegyveres erők és a fegyveres testületek, valamint a volt honvédség (folyamórség) sorozott állományú tagjaként eltöltött első tényleges és tartalékos szolgálatának <i>az idejét</i>. - hivatásos katonai szolgálatának idejét; - a honvédelmi munkaszolgálatban, továbbá a hadifogságban töltött idejét; - deportálásban töltött idejét, az 1939. évi II. törvényen alapuló leventeszolgálatban külföldön töltött idejét, ha akarata ellenére kényszerítették az ország területének az elhagyására. <p>Okmányként kell elfogadni a Katonai Igazolványt, a HM Központi Irattár, a Kiegészítő parancsnokság, a Magyar Izraeliták Országos Képviselője (MIOKI) által kiadott igazolást. Bizonyítottnak kell tekinteni, ha a szolgálatot leszerelőjegy, zsoldkönyv, tábori levelezőlap, hadifogság-igazolás, vagy a kérelmező által felkutatott tanúk hitelt érdemlő nyilatkozata tanúsítja.</p>
---	---

Accord Canada / Hongrie

Documents et/ou renseignements nécessaires à l'appui de votre demande [CA/HU 1.1] d'une pension de vieillesse et/ou d'invalidité hongroise

Veillez compléter les formulaires ci-joints :

- **Résidence au Canada [ISP 5013]** indiquant votre/vos période(s) de résidence au Canada **(seulement pour une demande de pension de vieillesse hongroise)**
- **Rapport Médical [ISP 2519]** si vous n'avez jamais présenté une demande de pension d'invalidité du Régime de pensions du Canada **(seulement pour une demande de pension d'invalidité hongroise)**

Documents originaux ou copies certifiées à produire :

- Certificat de naissance ou de baptême pour vous et tout enfant déclaré sur le formulaire de demande **CA/HU 1.1**
- Preuves des dates de votre/vos entrée(s) au Canada et départ(s) du Canada (p. ex., formulaire « Immigration 1000 », passeport, visa, billet de bateau ou d'avion, etc.) **(seulement pour une demande de pension de vieillesse)**
- Preuve de votre citoyenneté actuelle (pour obtenir de l'aide concernant la citoyenneté canadienne, veuillez communiquer avec le registraire de la citoyenneté canadienne de votre localité)
- Document qui contient votre signature
- Document qui contient le nom et l'adresse du tuteur lorsque les questions 14 et 15 de la section A du formulaire de demande **CA/HU 1.1** sont remplies
- Documents prouvant votre emploi en Hongrie (p. ex. livrets d'emploi, certificat d'assurance sociale, licence de fonctionnaire, certificat de compagnon, contrat d'apprentissage, document attestant le temps passé à titre d'apprenti industriel, certificat d'ouvrier qualifié, certificat de travail, livret OMBI, feuille estampillée, certificat d'assurance, lettre de nomination, etc.) (si disponible)
- Certificats officiels émis par le Bureau de règlement central de la Hongrie (si disponible)
- Documents prouvant votre éducation postsecondaire (p. ex. livret d'inscription ou certificat du collège/de l'université)
- Documents prouvant votre formation professionnelle sous contrat de formation

Accord Canada / Hongrie

Documents et/ou renseignements nécessaires à l'appui de votre demande [CA/HU 1.1] d'une pension de vieillesse et/ou d'invalidité hongroise

Documents originaux ou copies certifiées à produire (suite) :

- Documents prouvant vos périodes de service militaire ou civil, incluant les périodes passées à faire des travaux forcés, en captivité ou dans un camp de détention (p. ex. certificat de soldat, certificat émis par les Archives centrales du ministère de la Défense ou certificat émis par le centre de recrutement (de la Hongrie), certificat émis par la Représentation nationale des israélites hongrois, carte de sortie, livret de solde de soldat, carte postale d'un camp militaire, attestation de captivité ou témoignage fiable de la part de témoins, etc.) (si disponible)
- Certificat du médecin spécialiste datant d'un maximum de trois mois dans le cas d'un enfant malade identifié à la Section F du formulaire de demande **CA/HU 1.1 (original seulement)**

IMPORTANT : Si vous avez déjà soumis n'importe lequel des documents nécessaires, lorsque vous avez présenté une demande de prestation du Régime de pensions du Canada ou de la Sécurité de la vieillesse, vous n'avez pas à les soumettre.



RÉSIDENCE AU CANADA

Numéro d'assurance sociale canadien _____

M. Mme

Mlle

▶ _____
Prénom et initial Nom

Les renseignements suivants sont requis pour appuyer la demande de prestations que vous avez présentée en vertu d'un accord de sécurité sociale. Si vous n'avez pas assez d'espace, veuillez attacher une feuille séparée avec l'information supplémentaire.

1. Si vous êtes né(e) à l'extérieur du Canada, veuillez nous fournir les renseignements suivants :

- Date d'arrivée au Canada : _____
- Lieu d'arrivée au Canada : _____

2. Énumérez tous les lieux où vous avez vécu au Canada après l'âge de 18 ans et fournissez des preuves de tous vos entrées et départs (formulaire « Immigration 1000 », passeport intégral, billets d'avion, etc.) :

Du (année/mois/jour)	Au (année/mois/jour)	Ville	Province/Territoire

3. Énumérez toutes vos absences du Canada, de plus de six mois, au cours des périodes de résidence au Canada que vous avez indiquées au n° 2, ci-dessus :

Départ (année/mois/jour)	Retour (année/mois/jour)	Destination	Motif

4. Veuillez nous fournir le nom, l'adresse et le numéro de téléphone d'au moins deux personnes, qui ne vous sont apparentées ni par le sang ni par le mariage, susceptibles de confirmer votre résidence au Canada :

Nom	Adresse	Ville	Numéro de téléphone

DÉCLARATION DU DEMANDEUR

Je déclare que ces renseignements sont vrais et complets.
(Faire une fausse déclaration constitue une infraction)

Signature : X _____

Date : _____
Année Mois Jour

Numéro de téléphone : _____



Protected When Completed - B
Protégé une fois rempli - B

MEDICAL REPORT - RAPPORT MÉDICAL

SECTION A To be completed by Applicant - Doit être remplie par le demandeur			
First Name - Prénom		Initial - Initiale	Last Name - Nom de famille
Home Address (No., Street, Apt., or R.R.) Adresse du domicile (numéro, rue, app., ou route rurale)		City - Ville	Province or Territory Province ou territoire
Postal Code Code postal	Telephone No. - N° de téléphone () -	Date of Birth Date de naissance Y/A M D/J	Social Insurance Number Numéro d'assurance sociale
SECTION B To be completed by Physician - Doit être remplie par le médecin			
Please provide factual objective opinions - Veuillez donner une opinion factuelle objective			
1 Height - Taille	2 a) How long have you known the patient? Depuis quand connaissez-vous le patient?	b) When did you start treating the patient for the main medical condition? Quand avez-vous commencé à traiter le patient pour son état pathologique principal? Y/A M	c) Date of last visit Date de la dernière visite Y/A M D/J
Weight - Poids			
3 Diagnosis (es) - Diagnostic(s) :			
4 Relevant/significant medical history relating to the main medical condition: Antécédents médicaux pertinents/importants reliés à l'état pathologique principal :			

Social Insurance Number
Numéro d'assurance sociale

5 **Over the past two years, has the patient been admitted to a hospital/institution?**
Au cours des deux dernières années, le patient a-t-il été admis à l'hôpital ou dans une institution?

- Yes **If yes, please list:**
Oui **Dans l'affirmative, veuillez indiquer :**
- No
Non

Name of the Hospital(s)/Institution(s) - Nom de(s) l'hôpital(aux) ou de(s) l'institution (institutions)

The date(s) of admission
La (les) date(s) d'admission
Y/A M D/J

The reason(s) for admission
La (les) raison(s) de l'admission

6A **Is there supporting evidence for the main medical condition? Please attach supporting documentation.**
Y a-t-il des preuves à l'appui de l'état pathologique principal du patient? Veuillez joindre les documents à l'appui.

Laboratory Reports
Rapports de laboratoire

Yes No
Oui Non

X-ray reports
Radiographies

Yes No
Oui Non

Consultants' opinions
Opinions de consultants

Yes No
Oui Non

Other
Autre

Yes No
Oui Non

Documentation to be returned
Documents devant être retournés

Yes No
Oui Non

6B **Please describe relevant physical findings and functional limitations.**
Veuillez décrire les observations physiques et les limitations fonctionnelles pertinentes.

Social Insurance Number
Numéro d'assurance sociale

7 Are further consultations or medical investigations planned relating to the main medical condition?
Prévoyez-vous effectuer d'autres consultations ou évaluations médicales en rapport avec son état pathologique principal?

- Yes **If yes, please specify:**
Oui **Dans l'affirmative, veuillez préciser :**
- No
Non

8 Is the patient currently on medication(s) as a result of the main medical condition?
Le patient prend-il présentement des médicaments en raison de son état pathologique principal?

- Yes **If yes, please indicate dosage and frequency.**
Oui **Dans l'affirmative, veuillez indiquer la dose et la fréquence.**
- No
Non

9 **Treatment:** List type and response.
Traitement : Indiquez le genre et la réaction.

Social Insurance Number Numéro d'assurance sociale	FOR OFFICE USE ONLY - À L'USAGE EXCLUSIF DU BUREAU				
<input type="checkbox"/> A.C. - C.V.	Initials - Initiales	Y/A	M	D/J	
10 Prognosis of the main medical condition of this patient - Pronostic au sujet de l'état pathologique principal du patient :					
11 Additional Information - Renseignements supplémentaires					
SIGNATURE (Please print or use a stamp - Veuillez écrire en lettres moulées ou estampiller)					
Physician's Full Name - Nom du médecin au complet					
Address - Adresse					
Postal Code Code postal			<input type="checkbox"/> Family Physician Médecin de famille		
			<input type="checkbox"/> Specialty Spécialité _____		
Signature X		Y/A	M	D/J	Telephone No. - N° de téléphone () -

Please write legibly - Veuillez écrire lisiblement