

Accord Canada / Chypre

Demande de prestations chypriotes

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

Veillez vous assurer de signer 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 :

Opérations internationales
Ottawa (Ontario) K1A 0L4
CANADA

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.

Αυτό το έντυπο υπάρχει και στα Ελληνικά-Αγγλικά
 Cette formule est disponible en Grec-Anglais

**Αίτηση για Κυπριακή Παροχή με βάση τη Συμφωνία
 Κοινωνικής Ασφάλειας μεταξύ Κύπρου και Καναδά**
**Demande de prestation(s) Chypriotes aux termes
 de l' Accord de sécurité sociale entre Chypre et le Canada**

<p>ΜΕΡΟΣ I 1. Αίτηση για Σύνταξη Γήρατος*/Χηρείας*/Ανικανότητας*/Όρφανίας*/Κηδείας* PARTIE I 1. Demande de prestations de Vieillesse*/ de Veuve*/ d' Invalidité*/ d' Orphelins*/Indemnité d' Enterrement*</p> <p>2. Αν η αίτηση είναι για σύνταξη Χηρείας ή Όρφανίας, δηλώστε τη συγγένεια/σχέση αιτητή προς ασφαλισμένο: χήρα(ος)/ κηδεμόνας ορφανού Si vous faites une demande de pension de veuve ou de prestation d' orphelins, indiquez votre lien avec l' assuré: veuve (veuf)/ gardien de l' orphelin</p>	<p>ΓΙΑ ΧΡΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ À L' USAGE EXCLUSIF DE L' INSTITUTION DE SÉCURITÉ SOCIALE DE CHYPRE</p>
<p>ΜΕΡΟΣ II - Στοιχεία Αιτητή PARTIE II - Données du requérant</p> <p>1. Επώνυμο Όνομα Nom de famille Prénom</p> <p>2. Διεύθυνση Adresse</p> <p>3. Τόπος Γεννήσεως Lieu de naissance</p> <p>4. Πιστοποιητικό Γεννήσεως Certificat de naissance</p> <p>5. Ημερομηνία Γεννήσεως Date de naissance</p> <p>6. Αριθμός Κυπριακής Ταυτότητας Numéro de la carte d' identité de Chypre</p> <p>7. Αριθμός Κοινωνικών Ασφαλίσεων Κύπρου Numéro d' assurance sociale de Chypre</p> <p>8. Αριθμός Κοινωνικών Ασφαλίσεων Καναδά Numéro d' assurance sociale du Canada</p> <p>9. Συγγένεια προς ασφαλισμένο Lien avec l' assuré</p>	<p>ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ DATE DE RÉCEPTION</p> <p>.....</p> <p>ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΕΤΑΙ CI-JOINT <input type="checkbox"/></p> <p>ΕΛΕΧΘΗΚΕ ΑΠΟ: VÉRIFIÉ PAR:</p>
<p>ΜΕΡΟΣ III - Στοιχεία Ασφαλισμένου (όταν η αίτηση υποβάλλεται για σύνταξη Χηρείας / Όρφανίας ή Βοηθήματος Κηδείας). PARTIE III - Données de l' assuré (dans le cas d' une demande de pension de veuve une prestation d' orphelins ou Indemnité d' Enterrement).</p> <p>1. Επώνυμο Όνομα Nom de famille Prénom</p> <p>2. Τόπος Γεννήσεως Lieu de naissance</p> <p>3. Πιστοποιητικό Γεννήσεως Certificat de naissance</p> <p>4. Ημερομηνία Γεννήσεως Date de naissance</p> <p>* Διαγράψτετε ανάλογα με το είδος της παροχής που ζητάτε * Rayer ce qui ne s' applique pas</p>	<p>ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΕΤΑΙ CI-JOINT <input type="checkbox"/></p> <p>ΕΛΕΧΘΗΚΕ ΑΠΟ: VÉRIFIÉ PAR:</p>

5. Ημερομηνία θανάτου
Date de décès
6. Πιστοποιητικό θανάτου
de décès
7. Αριθμός Κυπριακής Ταυτότητας
Numéro de la carte d'identité de Chypre
8. Αριθμός Κοινωνικών Ασφαλίσεων Κύπρου
Numéro d'assurance sociale de Chypre
9. Αριθμός Κοινωνικών Ασφαλίσεων Καναδά
Numéro d'assurance sociale du Canada

ΕΛΕΧΘΗΚΕ ΑΠΟ:
VÉRIFIÉ PAR:

ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΕΤΑΙ
CI-JOINT

ΜΕΡΟΣ IV - Στοιχεία Εξαρτημένων
PARTIE IV - Données des personnes à charge

Επώνυμο Nom de famille	Όνομα Prénom	Ημ. γεννήσεως Date de naissance	Συγγενεία/Σχέση προς Αιτητή lien avec le requérant	ΟΠΩΣ ΒΕΒΑΙΩΘΗΚΕ Ή ΔΗΛΩΘΗΚΕ ΑΠΟ (υπογραφή λειτουργού) VÉRIFIÉ PAR OU DE- CLARE PAR (Signature de l'agent)

ΜΕΡΟΣ V - Δηλώστε Περιόδους Διαμονής και/ ή Περιόδους Απασχόλησης σε Χώρες εκτός της Κύπρου και του Καναδά
PART V - Indiquez les périodes de résidence et/ ou les périodes d'emploi dans les pays autres que Chypre et le Canada

Όνομα της Χώρας Nom du pays	Αριθμός Κοινών. Ασφαλίσεων της Χώρας Numéro d'assurance soci- ale dans ce pays	Διαμονή Residence		Απασχόληση Emploi		Έχετε απαιτήσει οποιαδήποτε παροχή Une prestation a-t-elle été demandée	
		Από-De	Μέχρι-À	Από-De	Μέχρι-À	Ναι-Oui	Όχι-Non
		Μήνας Έτος Mois Année	Μήνας Έτος Mois Année	Μήνας Έτος Mois Année	Μήνας Έτος Mois Année		
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΜΕΡΟΣ VI - ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΝ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΓΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ
PARTIE VI - A REMPLIR POUR UNE DEMANDE DE PENSION D'INVALIDITÉ

1. Μόρφωση (αριθμός ετών φοίτησης)
Années de scolarité
2. Τελευταίο επάγγελμα
Dernière occupation
3. Προηγούμενα επαγγέλματα
Occupations précédentes
4. Από πότε έχετε σταματήσει να εργάζεστε και για ποιο λόγο;
Quand avez-vous cessé de travailler et indiquez la raison?
5. Ονοματεπώνυμο τελευταίου εργοδότη
Nom du dernier employeur
6. Διεύθυνση τελευταίου εργοδότη
Adresse du dernier employeur

Αρ. Τηλ.
Numéro de téléphone

7. Ημερομηνία μέχρι την οποία εργαστήκατε με τον πιο πάνω εργοδότη
 Dernier jour de travail pour l' employeur mentionné ci-dessus
8. Αν είστε αυτοτελώς εργαζόμενος αναφέρετε:
 Si vous êtes un travailleur autonome, indiquez:
- (α) Είδος επιχείρησης ή επαγγέλματος
 (a) Le genre de commerce ou l' occupation
- (β) Διεύθυνση τόπου εργασίας
 (b) L' adresse du commerce
9. Ποια είναι η ασθένεια ή αναπηρία σας
 Nature de la maladie ou de l' invalidité
10. Από πότε η ασθένεια ή αναπηρία σας επηρέασε την ικανότητά σας για εργασία,
 με ποιο τρόπο και σε ποιο βαθμό;
 Depuis quand la maladie ou l' invalidité affecte-t-elle votre capacité à travailler, de quelle façon et à quel degré?
-
-
-
11. Είστε ικανός για οποιοδήποτε άλλο είδος εργασίας εκτός του συνηθισμένου επαγγέλματός σας;
 Etes-vous capable de travailler dans une occupation autre que votre occupation habituelle?
-
12. Αν είστε ανίκανος για κάθε είδος εργασίας, αναφέρετε από πότε:
 Si vous êtes incapable de detenir tous genres d' emploi, indiquez depuis quand:
-
13. Γράψτε πιο κάτω τα ονόματα και τις διευθύνσεις των γιατρών που σας παρακολούθησαν:
 Indiquez ci-dessous les noms et adresses des médecins qui vous ont soigné:

Όνοματεπώνυμο Nom	Διεύθυνση Adresse

ΜΕΡΟΣ VII - Να υπογραφεί από τον αιτητή. Αν ο αιτητής υπογράψει με το σημείο (X), να υπογραφεί και από μάρτυρα.

Σημείωση: Αν υποβάλλετε αίτηση εκ μέρους του αιτητή, δηλώστε σε συνημμένο φύλλο το ονοματεπώνυμο και διεύθυνση σας και το λόγο που υποβάλλετε την αίτηση αυτή.

PARTIE VII- A être signé par le requérant et, si le requérant signe au moyen d' une croix (X), par un témoin.
 Note: Si vous faites une demande au nom du requérant, indiquez sur une feuille supplémentaire votre nom et adresse au complet et la raison pour laquelle vous faites cette demande.

Δήλωση Αιτητή
Déclaration du requérant

Δηλώνω ότι, από ό,τι καλύτερα γνωρίζω, οι πληροφορίες που έχουν δοθεί στην αίτηση αυτή είναι ορθές και πλήρεις. Εξουσιοδοτώ το Τμήμα Εθνικής Υγείας και Ευημερίας του Καναδά να παράσχει στο Τμήμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων Κύπρου όλες τις πληροφορίες και έγγραφα που βρίσκονται στην κατοχή του και τα οποία σχετίζονται ή θα μπορούσαν να έχουν σχέση με αυτή την αίτηση για παροχές.
Je déclare que, autant que je sache, tous les renseignements donnés dans cette demande sont véridiques et complets. J' autorise le ministère de la Santé et du Bien-être social Canada à fournir au ministère des Services de l' assurance sociale de Chypre tous les renseignements et pièces justificatives qu' ils possèdent et qui sont ou peuvent être relatifs à cette demande de prestations.

Υπογραφή Αιτητή
Signature du requérant

Ημερομηνία υποβολής της αιτήσεως Date de la demande		
Μέρα Jour	Μήνας Mois	Έτος Année
Αριθμός τηλεφώνου (περιλαμβανομένου του κωδικού της περιοχής, πόλης ή επαρχίας) Numéro de téléphone (y compris l' indicatif régional ou urbain)		

Σημείωση: Υπογραφή με το σημείο (X) είναι αποδεκτή αν βεβαιωθεί από υπεύθυνο πρόσωπο το οποίο να συμπληρώσει την απέναντι δήλωση.
Note: La signature au moyen d' une croix (X) n' est acceptée que si une personne responsable en atteste l' authenticité en signant la déclaration ci-contre.

Δήλωση Μάρτυρα
Déclaration du témoin

Δηλώνω ότι ο αιτητής έγραψε το σημείο (X) ενώπιόν μου και γνωρίζω ότι ο αιτητής είναι το πρόσωπο που ισχυρίζεται ότι είναι και δεν έχω ειδικό λόγο να πιστεύω ότι ο αιτητής δεν έχει καταλάβει τις ερωτήσεις ή ότι δεν έχει δώσει αληθινές απαντήσεις.
Je déclare avoir été témoin de la signature au moyen d' une croix (X) du requérant et que le requérant est la personne qu' elle prétend être et je n' ai aucune raison de croire que la personne qui fait la demande n' ait pas compris les questions, ou qu' elle n' ait pas été sincère dans ses réponses.

Υπογραφή Μάρτυρα
Signature du témoin

Όνομα Μάρτυρα (με κεφαλαία)
Nóm du témoin (en lettres moulées)

Διεύθυνση Μάρτυρα
Adresse du témoin

ΘΕΩΡΕΪΤΑΙ ΑΔΙΚΗΜΑ, ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ, ΨΕΥΔΗΣ Ή ΠΑΡΑΠΛΑΝΗΤΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΑΥΤΗ.
TOUTE DÉCLARATION FAUSSE OU TROMPEUSE FAITE DANS LA PRÉSENTE DEMANDE CONSTITUE UN DELIT AUX TERMES DE LA LOI CYPRIOTE.

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΕΓΓΡΑΦΑ/ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΑ
CERTIFICATS/ DOCUMENTS REQUIS

1. Πιστοποιητικό Γεννήσεως Ασφαλισμένου
Certificat de naissance de l' assuré
2. Πιστοποιητικό Γάμου (αν απαιτείται)
Certificat de mariage (si nécessaire)
3. Πιστοποιητικό Γεννήσεως Εξαρτωμένων παιδιών (αν απαιτούνται)
Certificat de naissance des enfants à charge (si nécessaire)
4. Πιστοποιητικά Φοιτήσεως Παιδιών άνω των 15 χρόνων (από το Σχολείο/ Πανεπιστήμιο)
Certificat de fréquentation scolaire à plein temps pour les enfants de plus de 15 ans.
5. Πιστοποιητικό θανάτου - όταν η αίτηση είναι για παροχές θανάτου
Certificat de décès - si la demande est pour des prestations de survivants
6. Βεβαίωση ότι ο αιτητής είναι ο κηδεμόνας των ορφανών όταν η αίτηση υποβάλλεται για επίδομα ορφανίας (αντίγραφο πιστοποιητικού από την αρμόδια αρχή που διορίζει τον κηδεμόνα)
Preuve que le requérant est le gardien des orphelins si la demande est pour des prestations d' orphelins
7. Ιατρική Έκθεση όταν η αίτηση υποβάλλεται για σύνταξη ανικανότητας
Rapport médical si la demande est pour une pension d' invalidité.
8. Πιστοποιητικό Εξόδων Κηδείας όταν η αίτηση υποβάλλεται για βοήθημα κηδείας.
Certificat de dépenses si la demande est pour indemnité d' enterrement.

Accord Canada / Chypre

Documents et/ou renseignements nécessaires à l'appui de votre demande [CY-CDN 1] d'une pension de vieillesse et/ou d'invalidité chypriote

Veillez remplir les formulaires ci-joints :

- **Résidence au Canada [ISP 5013]** (*seulement si vous présentez une demande d'une pension de vieillesse chypriote*)

Documents originaux ou copies certifiées à produire :

- Certificat de naissance ou de baptême
- Certificat de mariage (le cas échéant)
- 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 si vous présentez une demande d'une pension de vieillesse chypriote*)
- Certificat médical du votre médecin (*seulement si vous présentez une demande d'une pension d'invalidité chypriote*)

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 de nouveau.

Accord Canada / Chypre

Documents et/ou renseignements nécessaires à l'appui de votre demande [CY-CDN 1] d'une pension de veuve, d'une prestation d'orphelins et/ou d'une indemnité d'enterrement chypriote

Documents originaux ou copies certifiées à produire :

- Certificat de naissance ou de baptême pour vous, la personne décédée et tout enfants à charge
- Certificat de mariage (le cas échéant)
- Certificat de décès
- Preuve d'une entente de curatelle pour les enfants à charge (*seulement si vous présentez une demande d'une prestation d'orphelins chypriote*)
- Lettre de l'école qui certifie la fréquentation par les enfants âgés de 15 à 25 ans (*seulement si vous présentez une demande d'une prestation d'orphelins chypriote*)
- Certificat des dépenses funéraires (*seulement si vous présentez une demande d'une indemnité d'enterrement chypriote*)

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 de nouveau.

Numéro d'assurance sociale canadien _____

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 : () - _____