

# Accord Canada / Hongrie

## Demande d'une pension de survivant 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**

hozzátartozói nyugdíj iránt a magyar nyugdíjbiztosítástól  
a 2002.03.04-én megkötött  
magyar-kanadai szociális biztonsági egyezmény  
alapján

**DEMANDE**

de pension de survivant présentée à 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

<b>A</b>	<b>Données personnelles sur l'assuré décédé</b>	<b>Az elhunyt biztosított személyi adatai</b>	
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	* Date du changement de nom	année/év mois/hó jour/nap .....	* Névváltozás időpontja

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

6	Date de naissance	année/év mois/hó jour/nap .....	Születési időpontja
7	Lieu de naissance		Születési helye
8	* Nom de jeune fille de la mère		* Anyja leánykori neve
9	Date du décès	année/év mois/hó jour/nap .....	Elhalálozás időpontja
10	Code d'identification d'assurance sociale (TAJ)		Társadalombiztosítási Azonosító Jele (TAJ szám)

<b>B Prestation demandée</b>		<b>A kérelmezett ellátás</b>	
1	Pension de veuve/de veuf		Özvegyi nyugdíj
2	Prestation d'orphelin		Árvaellátás
3	Pension de parent		Szülői nyugdíj

<b>C Données personnelles sur le demandeur</b>		<b>A kérelmező személyi adatai</b>	
1	Nom de famille		Családi neve
2	Prénom(s)		Utónevei
3	Nom de jeune fille		Leánykori neve
4	* Nom de jeune fille de la mère		* Anyja leánykori neve
5	État civile		Családi állapota
6	Sexe	masculin    férfi féminin      nő	Neme
7	Date de naissance	année/év mois/hó jour/nap .....	Születési időpontja
8	Lieu de naissance		Születési helye
9	Pays de citoyenneté		Állampolgársága(i)
10	Adresse domiciliaire	..... ..... .....	Lakcíme

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

11	Adresse postale	..... ..... .....	Levelezési címe
12	Code d'identification d'assurance sociale (TAJ)		Társadalombiztosítási Azonosító Jele (TAJ szám)
13	Nom du tuteur		Gyám, gondnok neve
14	Adresse postale ou domiciliaire du tuteur	..... ..... .....	Gyám, gondnok címe/lakcíme

**D Données concernant l'assuré décédé Az elhunyt biztosítottra vonatkozó adatok**

1	Le dernier genre de travail effectué		Legutóbbi munkakör
2	Cause du décès		Halál oka
3	Le décès a-t-il été causé par un accident en milieu de travail ou une maladie professionnelle?	oui/igen      non/nem	Üzemi baleset, foglalkozási megbetegedés következtében halt-e meg?
4	<p>Quelqu'un peut-il être tenu responsable du décès?</p> <p>Si « oui » :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· nom de la personne responsable</li> <li>· adresse domiciliaire de la personne responsable</li> </ul>	<p>oui/igen      non/nem</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Okolható-e valaki az elhalálozásért?</p> <p>Ha „igen“:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· a felelős neve</li> <li>· a felelős lakcíme</li> </ul>

5	<p>Une prestation de pension a-t-elle été établie pour la personne décédée (pension de vieillesse, allocation, prestation de retraite de travailleur, prestation exceptionnelle, aide sociale, allocation sociale régulière, allocation provisoire, etc.)?</p> <p>Si « oui » :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· nom de l'organisme qui effectue les paiements</li> <li>· numéro de référence du paiement</li> </ul>	<p>oui/igen                  non/nem</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Állapítottak-e meg az elhalt részére nyugellátást (nyugdíjat, járadékot, nyugbért, kivételes ellátást, szociális segélyt, rendszeres szociális járadékot, átmeneti járadékot, stb.)?</p> <p>Ha „igen“:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· folyósító szerv megnevezése</li> <li>· folyósítási törzsszám</li> </ul>
6	<p>La personne décédée a-t-elle présenté une demande afin que son temps de service soit reconnu ou dans le but d'obtenir une pension?</p> <p>Si « oui » :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· auprès de quelle organisme?</li> <li>· numéro de dossier</li> </ul>	<p>oui/igen                  non/nem</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Az elhalt előterjesztett-e korábban szolgálati idő elismerési kérelmet vagy nyugdíj iránti kérelmet?</p> <p>Ha „Igen“:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· mely szervnél</li> <li>· ügyiratszám</li> </ul>
7	<p>La personne décédée a-t-elle déjà été en congé non payé?</p> <p>Si « oui » :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· indiquer la période</li> <li>· pour quelle raison? (p. ex. indemnité de garde d'enfants, pour prendre soin d'un enfant âgé entre 3 ans et 10 ans)</li> <li>· a-t-elle versé les cotisations pour la pension pour ce temps? (dans le cas d'un congé non payé pour construire sa propre maison ou prendre soin à domicile d'un membre de la famille qui était malade)</li> </ul>	<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"> <li>· mikortól - meddig?</li> <li>· milyen címen? (pl. gyes, 3-10 éves gyermek ápolása)</li> <li>· Erre az időre a nyugdíjjárulékot megfizette-e? (saját ház építése, közeli hozzátartozó otthoni ápolása címén igénybe vett fizetés nélküli szabadság esetén)</li> </ul>

8	<p>La personne décédée a-t-elle déjà été en congé non payé pour accompagner son conjoint fournissant des services ou travaillant en permanence à l'étranger en vertu d'un permis portant une date antérieure au 1<sup>er</sup> mars 1992?</p> <p>Si « oui » :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· a-t-elle versé des cotisations pour la pension pour cette période?</li> </ul> <p>Si « oui » :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· indiquer la période</li> <li>· à quelle entité d'assurance sociale?</li> </ul>	<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>.....</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"> <li>· ennek időszakára nyugdíjjárulékot fizetett-e?</li> </ul> <p>Ha „igen“:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· mikortól meddig?</li> <li>· mely társadalombiztosítási szervhez?</li> </ul>
9	<p>A-t-elle 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"> <li>· pour quelle période?</li> <li>· avec quelle organisme d'assurance sociale?</li> </ul>	<p>oui/igen                  non/nem</p> <p>de/tól                  à/ig</p> <p>.....</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"> <li>· mely időszakra?</li> <li>· mely társadalombiztosítási szervnél?</li> </ul>
10	<p>A-t-elle 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"> <li>· indiquer la période</li> <li>· nom de l'organisme effectuant les paiements</li> </ul>	<p>oui/igen                  non/nem</p> <p>de/tól                  à/ig</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"> <li>· mikortól meddig?</li> <li>· folyósító szerv megnevezése</li> </ul>

11	<p>A-t-elle déjà été mise en état d'arrestation?</p> <p>A-t-elle déjà purgé une peine d'emprisonnement?</p> <p>Si « oui » :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· de quel établissement a-t-elle été libérée?</li> </ul>	<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"> <li>· mely intézetből szabadult?</li> </ul>
12	<p>A-t-elle exécuté un genre de travail qui l'a rendu admissible à un âge de retraite privilégié?</p> <p>Si « oui » :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· quel genre de travail?</li> <li>· pendant quelle période?</li> <li>· pour quel employeur?</li> </ul>	<p>oui/igen                  non/nem</p> <p>.....</p> <p>de/tól                  à/ig</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Korkezdvezményes munkakörben dolgozott-e?</p> <p>Ha „igen“:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· milyen munkakörben?</li> <li>· mely időszakban?</li> <li>· mely munkáltatónál?</li> </ul>
13	<p>Le dernier fonds de pension privé (en vertu de la Loi n° LXXXII de 1997) auquel elle a participé</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Az 1997. évi LXXXII. törvény hatálya alá tartozó mely magánnyugdíjpénztárnak volt tagja utoljára?</p>

14	<p>A-t-elle déjà fréquenté une université ou un collège à titre d'élève de jour?</p> <p>(Il faut annexer son livret d'inscription ou un certificat d'une université ou d'un collège attestant de la période d'études.)</p> <p>Si « oui » :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· où?</li> <li>· indiquer la période et l'établissement d'enseignement</li> <li>· dans le cas d'études à l'étranger, les qualifications acquises à l'étranger ont-elles été reconnues conformément aux normes hongroises?</li> <li>· a-t-elle versé des cotisations pour la pension pour la durée de ses études postsecondaires après le 31 décembre 1997?</li> </ul> <p>A-t-elle fréquenté une école professionnelle (afin de devenir un ouvrier qualifié, un apprenti, etc.)?</p> <p>Si « oui » :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· indiquer la période</li> <li>· auprès de quelle école et/ou quel employeur?</li> </ul>	<p>oui/igen                  non/nem</p> <p>À l'étranger              en Hongrie külföldön                Magyarországon</p> <p>de/tól                  à/ig</p> <p>.....</p> <p>oui/igen                  non/nem</p> <p>oui/igen                  non/nem</p> <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>Nappali tagozaton egyetemi, főiskolai tanulmányokat folytatott-e?</p> <p>(A tanulmányi időt bizonyító leckeönyvet vagy egyetemi, főiskolai igazolást mellékelni kell.)</p> <p>Ha „igen“:</p> <p>- hol</p> <p>· mikortól - meddig és mely intézményben ?</p> <p>· Külföldön folytatott tanulmányok esetén a külföldi szakképesítést a magyar szabályok szerint honosították-e?</p> <p>· 1997.12.31-ét követően felsőfokú tanulmányainak időszakára nyugdíjjárulékot fizetett-e?</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>
15	<p><b>Fournissez les données concernant le temps de service de l'assuré décédé sur la feuille supplémentaire.</b></p>		<p><b>Az elhunyt biztosított szolgálati idejére vonatkozó adatokat a pótlapon sorolja fel.</b></p>

16	<b>Données concernant l'éducation des enfants    Gyermeknevelésre vonatkozó adatok</b>		
	À remplir pour les enfants nés avant le 1 <sup>er</sup> janvier 1968, seulement dans le cas d'une assurée décédée Csak elhalt nő jogszerző esetén töltendő ki az 1968.01.01-je előtt született gyermekekre vonatkozóan		
<b>Données concernant les enfants :</b>		<b>Gyermekekre vonatkozó adatok:</b>	
Nom de famille et prénoms	Date de naissance	Nom de jeune fille de la mère	Lien
Családi és utónév	Születési időpontja	Anyja leánykori neve	Rokoni viszony
Nom(s) de l'enfant ou des enfants ayant une maladie chronique ou une invalidité parmi les enfants indiqués ci-dessus : <b>(Une preuve de la maladie ou de l'invalidité de l'enfant doit être fournie par voie d'un certificat médical spécialisé daté d'au plus trois mois.)</b>		..... .....	
A fentnevezett gyermekek között tartósan beteg, illetve fogyatékos gyermek(ek) megnevezése: <b>(A gyermek betegségét illetve fogyatékoságát 3 hónapnál nem régebbi szakorvosi igazolással kell bizonyítani.)</b>			

<b>E Données requises pour établir une pension de veuve/de veuf</b>		<b>Özvegyi nyugdíj megállapításához szükséges adatok</b>	
1	Date du mariage	année/év mois/hó jour/nap .....	Házasságkötés időpontja
2	Vivez-vous avec votre époux ou conjoint de fait au moment de son décès?  Dans la négative, date du début de la séparation	oui/igen                      non/nem  année/év mois/hó jour/nap .....	Az elhalálozás időpontjában együtt élt-e házastársával/élettársával?  ha nem élt együtt, különélés kezdete
3	Si vous avez divorcé ou vous êtes séparé, avez-vous reçu une pension alimentaire?  · Si « oui », le dernier montant (mensuel) (Une entente ou une décision du tribunal doit être annexée.)	oui/igen                      non/nem  .....	Amennyiben elvált, vagy különélt, tartásdíjban részesült-e?  · ha kapott tartásdíjat, annak legutóbbi összege (havi) (Egyezséget vagy bírói ítéletet csatolni kell.)

4	<p>Si votre époux avait atteint l'âge d'admissibilité à une pension de vieillesse à la date du mariage, avez-vous vécu ensemble sans interruption pendant cinq ans après la date du mariage?</p> <p>· Des enfants sont-ils nés de ce mariage (de la cohabitation précédente)?</p>	<p>oui/igen                      non/nem</p> <p>oui/igen                      non/nem</p>	<p>Ha házastársa a házasságkötéskor az öregségi nyugdíjra jogosító korhatárt betöltötte, a házasság megkötésétől öt éven át megszakítás nélkül együtt éltek-e?</p> <p>· A házasságból (a korábbi együttélésből) származott-e gyermek?</p>
5	<p>Données concernant le conjoint de fait</p> <p>· Début de la cohabitation avec le conjoint de fait (Une preuve fournie par une autorité compétente doit être annexée.)</p> <p>· Avez-vous reçu une pension de veuve/de veuf pendant la période de cohabitation avec votre conjoint de fait?</p> <p>· Avez-vous reçu une indemnité?</p> <p>· Des enfants sont-ils nés de cette cohabitation?</p>	<p>année/év    mois/hó    jour/nap</p> <p>.....</p> <p>oui/igen                      non/nem</p> <p>oui/igen                      non/nem</p> <p>oui/igen                      non/nem</p>	<p>Élettársra vonatkozó adatok</p> <p>· Élettársi együttélés kezdete (Az illetékes hatóság igazolását csatolni kell.)</p> <p>· Élettársi együttélés tartama alatt özvegyi nyugdíjat vett-e fel?</p> <p>· Végkielégítésben részesült-e?</p> <p>· Az együttélésből származott-e gyermek</p>
6	<p>Êtes-vous invalide?</p> <p>Si « oui » :</p> <p>· quelle maladie a causé votre invalidité?</p> <p>· quelqu'un peut-il être tenu responsable de votre invalidité?</p> <p>· nom et adresse de la personne responsable</p>	<p>oui/igen                      non/nem</p> <p>.....</p> <p>oui/igen                      non/nem</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Rokkantnak érzi-e magát?</p> <p>Ha „igen“:</p> <p>· rokkantsága milyen betegségből ered?</p> <p>· okolható-e valaki a rokkantság bekövetkezéséért?</p> <p>· a felelős neve és címe</p>

7	<p>Y a-t-il un conjoint divorcé ou séparé de la personne décédée en plus du demandeur?</p> <p>Si « oui » :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· nom du conjoint</li> <li>· adresse domiciliaire du conjoint</li> </ul>	<p>oui/igen                  non/nem</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Van-e a kérelmezőn kívül elvált, vagy különélő házastárs?</p> <p>Ha „igen“:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· a házastárs neve</li> <li>· a házastárs lakcíme</li> </ul>
8	<p>Une prestation de retraite a-t-elle été établie pour vous (pension de vieillesse, allocation, prestation de retraite de travailleur, prestation exceptionnelle, aide sociale, allocation sociale régulière, allocation provisoire, etc.)?</p> <p>Si « oui » :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· nom de l'organisme effectuant les paiements</li> <li>· numéro de référence du paiement</li> </ul>	<p>oui/igen                  non/nem</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Állapítottak-e meg az Ön részére nyugellátást (nyugdíjat, járadékot, nyugbért, kivételes ellátást, szociális segélyt, rendszeres szociális járadékot, átmeneti járadékot, stb.)?</p> <p>Ha „igen“:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· folyósító szerv megnevezése</li> <li>· folyósítási törzsszám</li> </ul>
9	<p>Vous êtes-vous remariée?</p> <p>Si « oui » :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· date du mariage</li> </ul>	<p>oui/igen                  non/nem</p> <p>année/év    mois/hó    jour/nap</p> <p>.....</p>	<p>Kötött-e újabb házasságot?</p> <p>Ha „igen“:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· a házasságkötés időpontja</li> </ul>

<b>F Données requises pour traiter la demande de prestation d'orphelin</b>		<b>Árvaellátás elbírálásához szükséges adatok</b>	
<b>1</b>	<b>Données personnelles sur les orphelins (1/a - 1/c)</b> Si plus d'un orphelin a droit à une prestation, utiliser une feuille supplémentaire. Amennyiben több árva jogosult az ellátásra, használjon kiegészítő lapot.	<b>Az árvák személyi adatai (1/a - 1/c)</b>	
	<b>1/a.</b> Nom de famille		Családi neve
2	Prénom(s)		Utónevei
3	Date de naissance	année/év mois/hó jour/nap .....	Születési időpontja
4	Code d'identification d'assurance sociale (TAJ)		Társadalombiztosítási Azonosító Jele (TAJ szám)
5	Nom de jeune fille de la mère		Anyja leánykori neve
6	Lien avec la personne décédée (son propre enfant, enfant placé dans un foyer d'accueil, etc.)		Az elhunythoz való kapcsolata (saját, nevelt, stb.)
7	Citoyenneté		Állampolgársága
8	Nom du père naturel		Vérszerinti apa neve

	<b>1/b.</b> Nom de famille		Családi neve
2	Prénom(s)		Utónevei
3	Date de naissance	année/év mois/hó jour/nap .....	Születési időpontja
4	Code d'identification d'assurance sociale (TAJ)		Társadalombiztosítási Azonosító Jele (TAJ szám)
5	Nom de jeune fille de la mère		Anyja leánykori neve
6	Lien avec la personne décédée (son propre enfant, enfant placé dans un foyer d'accueil, etc.)		Az elhunythoz való kapcsolata (saját, nevelt, stb.)
7	Citoyenneté		Állampolgársága
8	Nom du père naturel		Vérszerinti apa neve

	<b>1/c.</b> Nom de famille		Családi neve
2	Prénoms		Utónevei
3	Date de naissance	année/év mois/hó jour/nap .....	Születési időpontja
4	Code d'identification d'assurance sociale (TAJ)		Társadalombiztosítási Azonosító Jele (TAJ szám)
5	Nom de jeune fille de la mère		Anyja leánykori neve
6	Lien avec la personne décédée (son propre enfant, enfant placé dans un foyer d'accueil, etc.)		Az elhunythoz való kapcsolata (saját, nevelt, stb.)
7	Citoyenneté		Állampolgársága
8	Nom du père naturel		Vérszerinti apa neve

<b>2 Données supplémentaires</b>		<b>Egyéb adatok</b>	
1	<p>Un des enfants reçoit-il déjà une prestation d'orphelin, une rente d'orphelin ou une autre prestation mensuelle régulière?</p> <p>Si « oui » :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· nom de l'enfant</li> <li>· nom de l'organisme effectuant les paiements</li> <li>· numéro de référence du paiement</li> <li>· nom de la personne assurée</li> </ul>	<p>oui/igen      non/nem</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Részesül-e már valamelyik gyermek árvaellátásban, nyugdíjban vagy egyéb havi rendszeres ellátásban?</p> <p>Ha „igen“:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· a gyermek neve</li> <li>· folyósító szerv megnevezése</li> <li>· folyósítási törzsszám</li> <li>· jogszerző neve</li> </ul>
2	Nom et adresse du parent vivant qui ne se conforme pas à son obligation de soutenir son enfant	..... ..... .....	Az árva életben lévő szülőjének neve és címe aki a tartási kötelezettségének nem tesz eleget

3	Qui s'occupe de(s) orphelin(s) abandonné(s)? · nom ..... ..... · adresse domiciliaire ..... ..... .....		Az elhagyott árvákról ki gondoskodik? · név ..... · lakcím .....
4	<b>Données concernant les orphelins de plus de 16 ans :</b> · L'un des orphelins est-il invalide? Si « oui » : · nom de l'orphelin ..... · L'un des orphelins fréquente-t-il l'école à titre d'élève de jour? Si « oui » : · nom de l'orphelin ..... (Un certificat d'inscription émis par l'école doit être annexé.)	oui/igen          non/nem ..... oui/igen          non/nem .....	<b>A 16. életévet betöltött árvákra vonatkozó adatok:</b> · Rokkant-e ezen árvák egyike? Ha "igen": · az árva neve · Folytat-e ezen árvák egyike nappali tagozaton iskolai tanulmányokat? Ha "igen": · az árva neve (A tanulmányok folytatásáról az iskola által kiállított igazolást csatolni kell.)
5	Le demandeur a-t-il un autre enfant qui a droit à une prestation d'orphelin et ne vit pas dans son foyer? Si « oui » : · nom de l'enfant ..... · Où l'enfant vit-il? ..... · Versez-vous des frais compensatoires pour l'enfant? oui/igen          non/nem	oui/igen          non/nem ..... ..... oui/igen          non/nem	A kérelmezőnek van-e árvaellátásra jogosult háztartáson kívül elhelyezett gyermeke? Ha „igen“: · a gyermek neve · a gyermek hol van elhelyezve? · térítési díjat fizet-e utána?
6	Montant mensuel de la pension alimentaire versée par le parent naturel pour l'enfant qui reçoit des soins	.....          CAN \$ .....          HUF	Nevelt gyermek után a vérszerinti szülő által fizetett tartásdíj havi összege

<b>G Données requises pour établir la pension du parent</b>		<b>Szülői nyugdíj megállapításához szükséges adatok</b>	
1	Lien de parenté du demandeur avec la personne décédée (parent, grand-parent, beau-parent, parent de famille d'accueil)	.....	A kérelmezőnek az elhunythoz való családi kapcsolata (szülője, nagyszülője, mostoha-szülöje, nevelőszülője).
2	La personne assurée était-elle la principale source de soutien pour le demandeur jusqu'à la date de son décès?	oui/igen                  non/nem	A kérelmezőt a jogszerző túlnyomó részben eltartotta-e az elhalálozás időpontjáig?
3	Le parent de famille d'accueil /beau-parent a-t-il soutenu la personne décédée pendant au moins 10 ans?	oui/igen                  non/nem	A mostoha, illetve nevelőszülő az elhaltat legalább 10 éven át eltartotta-e?
4	Le parent est-il invalide?  Si « oui » :  · quelle maladie a causé l'invalidité?	oui/igen                  non/nem  .....	A szülő rokkantnak érzi-e magát?  Ha „igen“:  · rokkantsága milyen betegségből ered?
5	Nom et adresse du membre de la famille capable et obligé de soutenir le demandeur	..... ..... .....	Tartásra képes és köteles hozzátartozó neve és címe

<b>Déclaration et signature du demandeur</b>		<b>A kérelmező nyilatkozata és aláírása</b>
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'autorité ou à l'institution 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 valótlan adatszolgáltatásból eredő kárt köteles vagyok megtéríteni. Tudomásul veszem továbbá, hogy az adatokban a határozathozatalig bekövetkező változást köteles vagyok az igényelbíráló 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 hivatala betekintsen és felhasználja, amennyiben a kérelem elbírálásához az szükséges.</p> <p>Egyetértek továbbá azzal, hogy a kezelőorvosok az illetékes hatóságnak, illetve illetékes hivatalának 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 .....	<b>KÉRELMEZŐ ALÁÍRÁSA</b>
	Date année/év mois/hó jour/nap .....	Dátum
3	<b>Certification de la signature du demandeur</b> – Cachet et signature de l'institution compétente canadienne	<b>A kérelmező aláírásának hitelesítése.</b> A kanadai illetékes intézmény bélyegezője és aláírása.

<b>H Attestation de l'institution compétente canadienne</b>		<b>Kanadai illetékes intézmény igazolása</b>
1	Date du dépôt de la demande année/év mois/hó jour/nap .....	A kérelem benyújtásának időpontja
2	En nous appuyant sur les documents disponibles, nous confirmons l'exactitude des données personnelles contenues dans les sections suivantes : · Section A, n° 1 - 3, 6 - 9 · Section C, n° 1 - 9 · Section E, n° 1 · Section F, n° 1/a - 1/c, points 1, 2, 3, 5 et 7	A személyi adatok helyességét · A szakasz 1 - 3, 6 - 9. pontjában · C szakasz 1 - 9. pontjában · E szakasz 1. pontjában · F szakasz 1/a - 1/c. pontjának az 1,2, 3, 5, 7 alpontjában  a rendelkezésre álló okiratok alapján igazoljuk.
3	Lieu et date	Helység és dátum
4	Timbre et signature de l'institution compétente canadienne	Kanadai biztosítási teherviselő pecsétje és aláírása

## FEUILLE SUPPLÉMENTAIRE/PÓTLAP

<b>Données concernant le temps de service de la personne assurée décédée (acquéreur des droits)</b>	<b>Az elhalt biztosított (jogszerző) szolgálati időszakaira vonatkozó adatok</b>
<b>Périodes admissibles</b>	<b>Beszámítható időszakok</b>
<p>1 Vous devez inscrire ici les périodes d'emploi de la personne décédée non indiquées dans son livret de travail — y compris les périodes postérieures au 30 juin 1992 — et les périodes pendant lesquelles la personne décédée avait servi à titre d'avocat, de travailleur autonome, de membre d'une coopérative industrielle, agricole ou commerciale, 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 pour laquelle la personne décédée demandait qu'elle soit admise comme une période de service.</p> <p>Vous devez indiquer ici les périodes — pour lesquelles des cotisations ont été versées — que la personne décédée avait 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 également joindre à la présente les livrets de travail, le certificat d'assurance sociale, la licence de fonctionnaire, le certificat de compagnon, le contrat d'apprentissage, le document attestant le temps passé à titre d'apprenti industriel, le certificat d'ouvrier qualifié, le certificat de travail, le livret OMBI, la feuille estampillée, le certificat d'assurance, la lettre de nomination, etc. de la personne décédée ainsi que l'attestation de l'employeur des périodes d'emploi postérieures au 30 juin 1992, etc.</p> <p><b>IMPORTANT!</b> Le présent document doit contenir le certificat officiel émis par le Bureau de règlement central conformément aux ordonnances gouvernementales :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 93/1990 (XI.21.);</li> <li>- 74/1991 (VI.10.);</li> <li>- 5/1992 (III.18.);</li> <li>- 174/1992 (XII.29.).</li> </ul>	<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 időszakot, 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><b>FONTOS !</b> A Központi Kárrendezési Iroda által a</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 93/1990. (XI.21.) Kormányrendelet,</li> <li>- 74/1991. (VI.10.) Kormányrendelet,</li> <li>- 51/1992. (III.18.) Kormányrendelet,</li> <li>- 174/1992. (XII.29.) Kormányrendelet</li> </ul> <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 pour la personne décédée de ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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);</li> <li>- la période de service militaire professionnel;</li> <li>- le temps passé au service de la main-d'œuvre de la Défense nationale ou en captivité;</li> <li>- le temps passé en tant que personne expulsée ou le temps passé à l'étranger au service de l'organisation paramilitaire « Levente » pour les jeunes conformément à la Loi n° II de 1939, si la personne décédée avait été forcé de quitter le pays contre sa volonté.</li> </ul> <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 livre 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 idők beszámítása érdekében mellékelni kell, amennyiben birtokában van azokat az okmányokat (illetve azok hitelesített másolatát), amelyek bizonyítják az elhalt biztosított</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- a volt fegyveres erők és a fegyveres testületek, valamint a volt honvédség (folyamórség) sorozott állományú tagjaként eltöltött első tényleges és tartalékos szolgálatának az idejét,</li> <li>- hivatásos katonai szolgálatának idejét;</li> <li>- a honvédelmi munkaszolgálatban, továbbá a hadifogságban töltött idejét;</li> <li>- deportálásban töltött idejét, az 1939. évi II. törvényen alapuló leventeszolgálatban külföldön töltött időket, ha az elhalt akarata ellenére kényszerítették az ország területének az elhagyására.</li> </ul> <p>Okmányként kell elfogadni a Katonai Igazolványt, a HM Központi Irattár, a Kiegészítő parancsnokság, a Magyar Izraeliták Országos Képviselőlete (MIOKI) által kiadott igazolást. Bizonyítottnak kell tekinteni, ha a szolgálatot leszerelőjegy, zsoldkönyv, tábori levelezőlap, hadifogság-igazolás, vagy a kérelmező által felkutatott tanúk hiteltérdemlő nyilatkozata tanúsítja.</p>
---	---



# Accord Canada / Hongrie

## Documents et/ou renseignements nécessaires à l'appui de votre demande [CA/HU 1.2] d'une pension de survivant hongroise

**Veillez compléter le formulaire ci-joint :**

- **Résidence au Canada [ISP 5013]** indiquant la/les période(s) de résidence canadienne de la personne décédée

**Documents originaux ou copies certifiées à produire :**

- Certificat de naissance ou de baptême pour vous, la personne décédée et tout enfant déclaré sur le formulaire de demande **CA/HU 1.2**
- Preuve des dates d'entrée(s) au Canada et départ(s) du Canada de la personne décédée (p. ex., formulaire « Immigration 1000 », passeport, visa, billets de bateau ou d'avion, etc.)
- Preuve de citoyenneté actuelle pour vous et la personne décédée (pour obtenir de l'aide concernant la citoyenneté canadienne, veuillez communiquer avec le registraire de la citoyenneté canadienne de votre localité)
- Certificat de mariage (le cas échéant)
- Certificat de décès
- Document qui contient votre signature
- Documents prouvant l'emploi en Hongrie de la personne décédée (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 à la personne décédée par le Bureau de règlement central de la Hongrie (si disponible)
- Documents prouvant l'éducation postsecondaire de la personne décédée (p. ex. livret d'inscription ou certificat du collège/de l'université)
- Documents prouvant la formation professionnelle de la personne décédée sous contrat de formation
- Documents prouvant les périodes de service militaire ou civil de la personne décédée, 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)

# Accord Canada / Hongrie

## Documents et/ou renseignements nécessaires à l'appui de votre demande [CA/HU 1.2] d'une pension de survivant hongroise

### Documents originaux ou copies certifiées à produire (suite) :

Les documents suivants sont requis le cas échéant :

- Si une demande de pension de survivants est soumise par un époux divorcé, veuillez fournir la documentation concernant le divorce et la pension alimentaire
- Si vous êtes une veuve moins de 59 ans (à partir de 2003) ou un veuf moins de 62 ans qui n'a pas au moins deux enfants à charge, veuillez fournir des documents médicaux.
- Si vous êtes un parent ou grand-parent de moins de 65 ans, veuillez fournir des documents médicaux.
- Si vous êtes un enfant de 16 à 25 ans qui fréquentent l'école, veuillez compléter le formulaire ci-joint **Déclaration de fréquentation scolaire ou universitaire [ISP 1401]**
- Si vous avez déclaré des enfants invalide sur le formulaire **CA/HU 1.2**, veuillez fournir des documents médicaux
- Si vous êtes un enfant de plus de 16 ans qui est invalide, veuillez fournir des documents médicaux

**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.





## DÉCLARATION DE FRÉQUENTATION SCOLAIRE OU UNIVERSITAIRE

### SECTION A - À REMPLIR PAR L'ÉTUDIANT

1. N° D'ASSURANCE SOCIALE DU COTISANT	M. PRÉNOM DU COTISANT ET INITIALE (en lettres moulées) Mme Mlle Md	NOM DE FAMILLE
2. VOTRE N° D'ASSURANCE SOCIALE	M. VOTRE PRÉNOM ET INITIALE (en lettres moulées) Mme Mlle Md	NOM DE FAMILLE
3. ADRESSE POSTALE	Numéro et rue C.P. ou n° R.R. Ville ou Village	
	Province / territoire	Pays Code postal
4. ADRESSE DU DOMICILE (Si elle diffère de l'adresse postale)	Numéro et rue C.P. ou n° R.R. Ville ou Village	
	Province / territoire	Pays Code postal
5A. N° d'identité de l'étudiant	5B. Nom de l'école, de l'université, du collège, du centre de formation, etc.	
6A. TYPE D'INSCRIPTION (Si le «SOIR» ou «AUTRE», veuillez fournir une explication au numéro 8) <input type="checkbox"/> PLEIN TEMPS <input type="checkbox"/> LE SOIR <input type="checkbox"/> AUTRE		6B. NOMBRE DE COURS
7A. NOMBRE D'HEURES DE PRÉSENCE REQUISES PAR SEMAINE, SELON LE COURS, LE GRADE OU LE PROGRAMME. Heures par semaine ▶		7C. QUAND VOTRE PRÉSENTE PÉRIODE DE COURS DOIT-ELLE SE TERMINER? Année Mois ▶
7B. QUAND VOTRE PRÉSENTE PÉRIODE DE COURS A-T-ELLE OU DOIT-ELLE COMMENCER? Année Mois ▶		
8. Donner la durée et raison(s) pour toutes absences pendant votre année scolaire courante et précédente et ajouter tout détail additionnel par suite de la question 6A ci-dessus.		
9. AVEZ-VOUS PRÉSENTÉ UNE DEMANDE OU RECEVEZ-VOUS UNE PRESTATION DU RPC SUITE À L'INVALIDITÉ OU LE DÉCÈS D'UN COTISANT NON IDENTIFIÉ AU N° 1 CI-DESSUS?		N° D'ASSURANCE SOCIAL DE CE COTISANT
		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON ▶

### C'EST UNE INFRACTION QUE DE FAIRE, DANS LA PRÉSENTE, UNE DÉCLARATION FAUSSE OU TROMPEUSE

Par les présentes, je déclare que, à ma connaissance, les renseignements contenus dans la présente déclaration sont vrais et complets. Si j'**interromps** mes cours ou **cesse** de fréquenter l'école ou l'université, je m'engage à en avvertir Développement des ressources humaines Canada. En outre, j'autorise l'école ou l'université susmentionnée à donner à la Direction du Régime de Pensions du Canada les renseignements relatifs à mon inscription et à ma fréquentation.

DATE	SIGNATURE DE L'ÉLÈVE	N° DE TÉLÉPHONE ( )
------	----------------------	------------------------

### SECTION B - À REMPLIR PAR L'ÉCOLE OU L'UNIVERSITÉ

À notre connaissance, les réponses aux questions de la section A ci-dessus sont exactes sous réserve de l'observation suivante :  
Commentaires additionnels : \_\_\_\_\_

La charge de cours susmentionnée répond-elle à l'exigence minimale pour être considéré(e) comme étudiant(e) à plein temps à votre école ou université ou la dépasse-t-elle?  OUI  NON

NOM ET ADRESSE DE L'ÉCOLE OU DE L'UNIVERSITÉ	NOM D'UNE PERSONNE AUTORISÉE
	SIGNATURE
	TITRE
	DATE N° TÉLÉPHONE ( )

VEUILLEZ IMPRIMER ET INCLURE LA PAGE SUIVANTE LORSQUE VOUS FAITES UNE DEMANDE POUR CETTE PRESTATION

Date

--	--

<b>À L'USAGE DU BUREAU SEULEMENT</b> <b>FOR OFFICE USE ONLY</b>	A.L. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	OCON <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
--	---	---

S'il s'agit de votre première demande, ne tenez pas compte de ce qui suit et remplissez la déclaration qui se trouve à la page 1 du présent formulaire.

If you are applying for the first time disregard the following and complete the declaration on page 1 of this form.

Vous vous souviendrez peut-être que nous devons suspendre le paiement de vos prestations à compter du mois suivant la fin de votre année académique. Cette dernière inclut la période des vacances, s'il y a lieu. Cependant, le paiement pourra être rétabli lorsque vous retournerez à l'école ou à l'université, et après avoir rempli et soumis cette déclaration au Centre de traitement régional susmentionné. Vous auriez tout intérêt à retourner cette formule dûment remplie le plus tôt possible après votre retour aux études.

As you may recall, it is necessary to suspend payment of your benefit effective with the month following the month in which your current academic year ends which includes your vacation period, if applicable. Payments may be reinstated, however, after you have completed and submitted this declaration to the Regional Processing Centre indicated above when you return to school or university. It will be to your advantage to return this completed form as soon as possible after you return to school or university.

En vertu de la *Loi sur le Régime de pensions du Canada*, la prestation aux enfants âgés de 18 à 25 ans est versée directement à l'enfant s'il remplit les conditions d'admissibilité établies. Comme l'enfant susmentionné aura bientôt 18 ans, vous ne recevrez plus la prestation en son nom à compter du mois suivant son 18<sup>e</sup> anniversaire. Pour que cette prestation lui soit versée directement, l'enfant doit remplir la déclaration qui se trouve au verso de la présente. Cette formule dûment remplie devra être envoyée au Centre de traitement régional indiqué ci-dessus.

The Canada Pension Plan provides that benefits for children between the ages of 18 and 25 are to be paid directly to such children if they meet the prescribed conditions of eligibility. As the above noted child will soon reach age 18, the last month for which you will receive payment of the benefit on behalf of this child will be the month of the child's 18th birthday. In order to receive the benefit directly, the child must complete the declaration on the reverse of this form. Once completed, this form should be returned to the Regional Processing Centre indicated above.

Si vous avez besoin de renseignements supplémentaires à ce sujet, veuillez communiquer avec le Centre des ressources humaines du Canada le plus près de chez vous. Prière de mentionner le numéro d'assurance sociale du cotisant dans toute lettre ou autre document.

If you have any questions about this matter, please contact your nearest Human Resources Centre of Canada. Please quote the Social Insurance Number of the contributor on all correspondence.

SECTION C - FOR OFFICE USE ONLY — À L'USAGE DU BUREAU SEULEMENT										CHILD SQNC N° SER. ENF		MISCELLANEOUS 1 DIVERS 1 (OLD) (ANCIEN)		NUMBER OF LINES NOMBRE DE LIGNES									
SOCIAL INSURANCE NUMBER NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE				ACCESS CODE CODE D'ACCÈS		ACTION MESURE		BNFT. PREST.		DT. EFF. DE M Y-A				AD C		S D		E F/N					
01 09				10 16 17		20 21 23				27 30 31 32 36				60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71				AC					
Approved pursuant to Subsection 59 of the Canada Pension Plan for continuing payment until advised otherwise. Demande de paiement continu jusqu'à avis contraire aux termes du paragraphe 59 du Régime de pensions du Canada.																BIRTH NAISSANCE M Y-A		19 30 31 34		70 71		CA	
AUTHORIZED SIGNATURE - SIGNATURE AUTORISÉE										DATE													
NAME - ADDRESS NOM-ADRESSE										TYPE NM ADDR		POSTAL CODE		FOREIGN CODE		CONS CODE		NO LNS					
TITLE TITRE		GIVEN NAME PRÉNOM				SURNAME NOM DE FAMILLE				GENRE NM ADR		CODE POSTAL		ÉTRANGER		REGR		LANG L LA					
																				FA			
																				FB			
																				FC			
DATE		TYPE OF REJECT GEN. DE REJET		BATCH NO N° DE MISE EN LOT.		CYCLE		DATE		SIGNATURE													
1																							
2																							