

**APPLICATION FOR RP SOCIAL SECURITY BENEFITS
UNDER THE PHILIPPINES-CANADA SOCIAL SECURITY AGREEMENT
DEMANDE DE PRESTATIONS DU RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE DES PHILIPPINES
EN VERTU DE L'ACCORD PHILIPPINES-CANADA EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ SOCIALE**

NOTE: This application must be completed by the contributor or, in the case of an application for survivor's or death benefit, by the party claiming entitlement to benefits. The term "contributor" means the person who has made contributions to the RP Social Security /and/ or the *Cette demande doit être remplie par le cotisant ou dans le cas d'une demande de prestations de survivants ou de décès, par l'ayant droit qui réclame les prestations. Le terme "cotisant" désigne la personne qui a versé des cotisations au régime de sécurité sociale/ et ou le des Philippines.*

PLEASE PRINT/ VEUILLEZ ÉCRIRE EN MAJUSCULES

PART A. GENERAL INFORMATION ABOUT THE CONTRIBUTOR

PARTIE A. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LE COTISANT

<p>1. _____ First name, Middle Initial, and Last Name <i>Prénom, initiales et nom de famille</i></p>	<p>2. a) Social Insurance Number in Canada <i>Numéro d'assurance sociale au Canada</i></p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table> <p>b) Social Security Number in the Philippines <i>Numéro de sécurité sociale aux Philippines</i></p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table> <p>c) Government Service Insurance System Number in the Philippines/ <i>Numéro de Institut d'assurance des employés de l'État aux Philippines</i></p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																																																												
<p>3. Date of birth <i>Date de naissance</i></p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">year</td><td style="text-align: center;">month</td><td style="text-align: center;">day</td><td colspan="9"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><i>année</i></td><td style="text-align: center;"><i>mois</i></td><td style="text-align: center;"><i>jour</i></td><td colspan="9"></td> </tr> </table>													year	month	day										<i>année</i>	<i>mois</i>	<i>jour</i>										<p>4. Place of birth <i>Lieu de naissance</i></p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td><td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">City or Town <i>Ville ou Village</i></td><td style="text-align: center;">Province, State or Territory <i>Province, État ou Territoire</i></td><td style="text-align: center;">Country <i>Pays</i></td> </tr> </table>				City or Town <i>Ville ou Village</i>	Province, State or Territory <i>Province, État ou Territoire</i>	Country <i>Pays</i>																		
year	month	day																																																											
<i>année</i>	<i>mois</i>	<i>jour</i>																																																											
City or Town <i>Ville ou Village</i>	Province, State or Territory <i>Province, État ou Territoire</i>	Country <i>Pays</i>																																																											
<p>5. Address <i>Adresse</i></p>	<p>POSTAL CODE <i>CODE POSTAL</i></p>																																																												
<p>6. Civil Status <i>État civil</i></p> <p> <input type="checkbox"/> Single <i>Célibataire</i> <input type="checkbox"/> Married <i>Marié (e)</i> <input type="checkbox"/> Widowed <i>Veuf (veuve)</i> <input type="checkbox"/> Seperated since <i>Séparé (e) depuis</i> <input type="checkbox"/> Divorced since <i>Divorcé (e) depuis</i> </p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">year</td><td style="text-align: center;">month</td><td style="text-align: center;">year</td><td style="text-align: center;">month</td><td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><i>année</i></td><td style="text-align: center;"><i>mois</i></td><td style="text-align: center;"><i>année</i></td><td style="text-align: center;"><i>mois</i></td><td colspan="4"></td> </tr> </table>										year	month	year	month					<i>année</i>	<i>mois</i>	<i>année</i>	<i>mois</i>																																								
year	month	year	month																																																										
<i>année</i>	<i>mois</i>	<i>année</i>	<i>mois</i>																																																										
<p>7. Is the contributor receiving or has he (she) ever received or applied for benefits under the RP SOCIAL SECURITY LAW and or the GSIS? / <i>Le cotisant reçoit-il ou a-t-il reçu ou demandé des prestations en vertu de la LOI SUR LA SÉCURITÉ SOCIALE DES PHILIPPINES et/ou GSIS?</i></p> <p> <input type="checkbox"/> yes/ <i>oui</i> <input type="checkbox"/> SSS <input type="checkbox"/> no/ <i>non</i> <input type="checkbox"/> GSIS <input type="checkbox"/> SSS and/ <i>et</i> GSIS </p> <p>If "yes", what type of benefit? (retirement, total/partial disability?) <i>Si "oui", genre de prestation? (retraite, invalidité totale/partielle?)</i></p>																																																													
<p>8. Has the contributor ever paid contributions to a social security plan in a country other than the Philippines? / <i>Le cotisant a-t-il participé à un régime de sécurité sociale dans un pays autre que les Philippines?</i></p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> yes/ <i>oui</i> <input type="checkbox"/> no/ <i>non</i></p> <p>If "yes", in what country or countries? / <i>Si "oui", dans quel(s) pays?</i></p>																																																													
<p>9. Qualified dependent children/ <i>Enfants à charge admissibles</i></p> <p>Indicate the first and last names, and date of birth of each legitimate, legitimated, or legally adopted child who is unmarried, not gainfully employed, and not over 21 years of age, or over 21 years of age, provided that he is congenitally incapacitated and incapable of self-support physically or mentally, but not exceeding five, beginning with the youngest and without substitution. / <i>Inscrivez le prénom, le nom de famille et la date de naissance de chaque enfant légitime, légitimé ou adopté légalement, célibataire, ne travaillant pas et de moins de 21 ans ou de 21 ans et plus, atteint d'une invalidité congénitale ou incapable physiquement ou mentalement de subvenir à ses besoins, sans dépasser cinq enfants, en commençant par le plus jeune et sans substitution.</i></p>																																																													
First Name <i>Prénom</i>	Last Name <i>Nom de famille</i>	Date of Birth <i>Date de naissance</i>			Address <i>Adresse</i>																																																								
		Year <i>Année</i>	Month <i>Mois</i>	Day <i>Jour</i>																																																									

10. Employment History/ *Historiques'emploi*

Employer <i>Employeur</i>	Period of Employment <i>Période d'emploi</i>		Address <i>Adresse</i>
	From/ <i>Du</i>	To/ <i>Au</i>	

If there is not enough space, please add a separate sheet giving the required information.
Si l'espace est insuffisant, veuillez donner les renseignements demandés sur une autre feuille.

PART B. APPLICATION FOR A RETIREMENT PENSION (Be sure you have completed PART A). You must be at least 60 years old and seperated from employment.
PARTIE B DEMANDE DE RETRAITE (la PARTIE A doit avoir été remplie). Vous devez être âgé d'au moins 60 ans et avoir cessé ces é de travailler.

If you are between 60 and 65 years of age, have you stipped working?/ *Si vous avez entre 60 et 65 ans, avez-vous cessé de travailler?*

- Yes, I have stopped working on/ *Oui, j'ai cessé de travailler le:*

<i>year</i>					<i>month</i>				
<i>année</i>					<i>mois</i>				
- No, I am still working./ *Non, je travaille encore*
- No, I will stop working on/ *Non, je cesserai le:*

<i>year</i>					<i>month</i>				
<i>année</i>					<i>mois</i>				

PART C. APPLICATION FOR THE DISABILITY AND DEPENDENT'S PENSION (Be sure you have completed PART A)
PARTIE C. DEMANDE DE PENSIONS D'INVALIDITÉ ET D'ENFANT À CHARGE (la PARTIE A doit avoir été remplie)

1. Exact date on which your disability began:
Date exacte du début de l'invalidité?

<i>year</i>			<i>month</i>			<i>day</i>			
<i>année</i>			<i>mois</i>			<i>jour</i>			

2. Have you been previously granted disability benefits?
Avez-vous déjà reçu une pension d'invalidité? *yes/ oui* *Dates/ Dates:* _____
 no/ non

3. Have you stopped working completely?/ *Avez-vous complètement cessé de travailler?*

yes/ oui If "yes", when did you stop?/ *Si "oui", quand avez-vous cessé?*

<i>year</i>			<i>month</i>			<i>day</i>			
<i>année</i>			<i>mois</i>			<i>jour</i>			

For what reasons?/ *Pour quels motifs?* _____

no/ non If "no", are you working regularly? or occassionally?
Si "non", travaillez-vous régulièrement? *ou occasionnellement?*

4. Information about your last job?/ *Renseignements au sujet de votre dernier emploi*

Name of last employer/ <i>Nom du dernier employeur</i> _____																																																													
Period of employment/ <i>période d'emploi</i>	from <i>du</i> <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td colspan="3" style="text-align: center;"><i>year</i></td><td colspan="3" style="text-align: center;"><i>month</i></td><td colspan="4" style="text-align: center;"><i>day</i></td></tr><tr><td colspan="3" style="text-align: center;"><i>année</i></td><td colspan="3" style="text-align: center;"><i>mois</i></td><td colspan="4" style="text-align: center;"><i>jour</i></td></tr></table> to <i>au</i> <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td colspan="3" style="text-align: center;"><i>year</i></td><td colspan="3" style="text-align: center;"><i>month</i></td><td colspan="4" style="text-align: center;"><i>day</i></td></tr><tr><td colspan="3" style="text-align: center;"><i>année</i></td><td colspan="3" style="text-align: center;"><i>mois</i></td><td colspan="4" style="text-align: center;"><i>jour</i></td></tr></table>											<i>year</i>			<i>month</i>			<i>day</i>				<i>année</i>			<i>mois</i>			<i>jour</i>														<i>year</i>			<i>month</i>			<i>day</i>				<i>année</i>			<i>mois</i>			<i>jour</i>			
<i>year</i>			<i>month</i>			<i>day</i>																																																							
<i>année</i>			<i>mois</i>			<i>jour</i>																																																							
<i>year</i>			<i>month</i>			<i>day</i>																																																							
<i>année</i>			<i>mois</i>			<i>jour</i>																																																							
What position did you hold? <i>Quelle était votre occupation?</i>	Describe your job/ <i>Décrivez votre emploi</i>																																																												
Did you have to work outdoors? <i>Devriez-vous travailler à l'extérieur?</i>	Why did you leave this job?/ <i>Pourquoi avez-vous quitté cet emploi?</i>																																																												
<input type="checkbox"/> <i>yes/ oui</i> <input type="checkbox"/> <i>no/ non</i>																																																													

5. Are you in a hospital or confined in an institution?
Êtes-vous hospitalié ou confiné en institution? *yes/ oui* *no/ non*
 If "yes", give details/ *Si "oui", veuillez préciser:*

_____ _____ _____
Name of Hospital or Institution *Address* *Telephone number*
Nom de l'hôpital ou de l'institution *Adresse* *Numéro de téléphone*

6. Who is the physician best able to provide the Social Security System/ and or the Government Service Insurance System about your disability?

Indiquez le nom du médecin le plus apte a renseigner la sécurité/ et ou le Institut d'assurance sociale Institut d'assurance sur votre invalidité.

Physician's Name:

Nom du médecin: _____

Physician's address:

Adresse du médecin: _____

Telephone number:

Numéro de téléphone: _____

7. Who are the other physician(s) you have consulted about your disability?

Indiquez le nom d'autre médecins que vous avez consultés au sujet de votre invalidité.

Physician's name <i>Nom du médecin</i>	Address <i>Adresse</i>	Telephone Number <i>Numéro de téléphone</i>	Approximate <i>Approximativement</i>	
			year <i>année</i>	month <i>mois</i>

8. In what medical establishments were you treated or examined? (out-patient)

Dans quels établissements avez-vous été traité ou examiné (clinique externe)

Name of establishment <i>Nom de l'établissement</i>	Address <i>Adresse</i>	Telephone Number <i>Numéro de téléphone</i>	Approximate <i>Approximativement</i>	
			year <i>année</i>	month <i>mois</i>

Information about the person completing the application on behalf of the disabled person.

Renseignements concernant la personne ayant rempli le formulaire de demande pour la personne invalide.

Mr./ M.

Mrs./ Mme.

First Name

Last Name

Relationship to disabled person

Miss/ Mlle.

Prénom

Nom de famille

Lien de parenté avec la personne invalide

Address: _____

Adresse: _____

Postal Code: _____

Code postal: _____

Telephone Number: _____

Numéro de téléphone: _____

Please enclose a medical report with the application for disability pension.

Veillez joindre un rapport médical à la demande de pension d'invalidité.

PART D. APPLICATION FOR THE SURVIVING SPOUSE'S AND DEPENDENT PENSION (Be sure you have completed PART A)

PARTIE D. DEMANDE DE PENSIONS DE CONJOINT SURVIVANT ET D'ENFANT À CHARGE (La PARTIE A doit avoir été remplie)

1. Information about the deceased

Renseignements sur la personne décédée

a) Date of death
Date de décès

year month day
année mois jour

b) Place of death

Lieu du décès

City or Town Province, State or Territory Country
Ville ou Village Province, État ou territoire Pays

2. Information about the surviving spouse

Renseignements sur le conjoint survivant

First and last names you are now using

Prénom et nom de famille utilisés actuellement

3. Your first and last names at birth

Prénom et nom de famille à la naissance

the same or

les mêmes ou

4. Address of your permanent residence at the time of the contributor's death

Adresse de votre domicile permanent à la date du décès du cotisant

Postal Code
Code postal

5. Your current address (if different from that shown in Section 4)

Adresse actuelle (si différente de celle au Point 4)

Postal Code
Code postal

6. Your date of birth / *Votre date de naissance*

year <i>année</i>			month <i>mois</i>		day <i>jour</i>		

7. Your place of birth / *Votre lieu de naissance*

 City or Town Province, State or Territory, Country
Ville ou Village Province, État ou territoire, Pays

8. Were you married to the contributor at the tie of his/her death?
Étiez-vous marié(e) au cotisant lors de son décès?

yes / *oui* If "yes", give date and place of marriage
Si "oui", date du mariage

year <i>année</i>			month <i>mois</i>		day <i>jour</i>		

Place of Marriage

no / *non* If "no", since when had you been living with the contributor?
Si "non", depuis quand cohabitez

year <i>année</i>			month <i>mois</i>		day <i>jour</i>		

Did any children result from your union with the contributor?
Un enfant est-il né de votre union avec le cotisant?

yes / *oui* **no** / *non*

9. Surviving descendants other than those enumerated under Question No. 9 of PART A.
Descendants survivants autres que ceux énumérés à la question 9 de la Partie A.

Illegitimate minor Children (acknowledged natural and other illegitimate children)
Enfants mineurs illégitimes (naturels reconnus ou autres enfants illégitimes)

First Name <i>Prenom</i>	Last Name <i>Nom de famille</i>	Date of birth <i>Date de naissance</i>			Address (If minor, give name, address, and relationship of guardian.) <i>Adresse</i> (<i>Si mineur, indiquez le nom, l'adresse et le lien avec le tuteur.</i>)
		Year <i>Année</i>	Month <i>Mois</i>	Day <i>Jour</i>	

10. Surviving Ascendants (Do not complete if deceased is survived by legitimate minor children.)
Ascendants survivants (Ne pas remplir si le défunt a des enfants mineurs légitimes.)

Parents of Deceased
Parents de la personne décédée

First Name / <i>Prénom</i>	Last Name / <i>Nom de famille</i>	Address / <i>Adresse</i>

11. Surviving Collateral Relatives of Decedent (Do not complete if deceased is survived by ascendants or descendants.)
Parents collatéraux de la personne décédée (Ne pas remplir si le défunt a des ascendants ou descendants survivants.)

Brothers and Sisters of Deceased
Frères et soeurs du défunt

Name <i>Nom</i>	Date of birth <i>Date de naissance</i>			Address (If minor, give name, address, and relationship of guardian.) <i>Adresse</i> (<i>Si mineur, indiquez le nom, l'adresse et le lien avec le tuteur.</i>)	Remarks (state whether full-blood or half-blood) <i>Remarques</i> (<i>indiquez frère, soeur ou demi-frère, demi-soeur</i>)
	Year <i>Année</i>	Month <i>Mois</i>	Day <i>Jour</i>		

12. Other relatives within the 6th civil degree (Do not complete if deceased has living relatives falling under items 9 to 11.)
Autres parents (6th degré au maximum) (Ne pas remplir si le défunt a des parents tel qu' indiqué aux points 9 à 11.)

Name <i>Nom</i>	Date of birth <i>Date de naissance</i>			Address (If minor, give name, address, and relationship of guardian.) <i>Adresse</i> (<i>Si mineur, indiquez le nom, l'adresse et le lien avec le tuteur.</i>)	Remarks (state whether full-blood or half-blood) <i>Remarques</i> (<i>indiquez frère, soeur ou demi-frère, demi-soeur</i>)
	Year <i>Année</i>	Month <i>Mois</i>	Day <i>Jour</i>		

<p>PART E. DECLARATION OF THE APPLICANT PARTIE E. DÉCLARATION DE LA PERSONNE QUI FAIT LA DEMANDE</p> <p>I hereby apply, under the RP Social Security and/or Government Service Insurance System, for the benefits indicated above. I declare that, to the best of my knowledge, the information provided in this application is true and complete and I undertake to notify the Social Security System and/ or Government Service Insurance System of any change that might affect my entitlement to these benefits.</p> <p><i>Par la présente, je demande en vertu de la Loi sur la sécurité sociale des Philippines, les prestations indiquées précédemment. Je déclare que, à ma connaissance, les renseignements fournis dans la présente demande sont véridiques et complets et je m'engage à aviser le régime de sécurité sociale (SSS) et/ou institut d'assurance des employés de l'état (GSIS) de tout changement pouvant influencer sur le droit à ces prestations.</i></p> <p>Signature : _____ Signature : _____</p> <p>Date : _____ Date : _____</p> <p style="text-align: center;"> year month day année mois jour </p>	<p>Declaration of witness where the applicant has signed with a cross (X) / Déclaration du témoin lorsque la personne qui fait la demande signe d'une croix (X)</p> <p>I have read this application to the applicant, who appears to understand the contents and has signed with a cross (X). / J'ai lu cette demande à la personne qui la fait, et elle a semblé en comprendre le contenu et a signé d'une croix (X).</p> <p>_____</p> <p>First and Last Name of Witness Prénom et nom de famille du témoin</p> <p>_____</p> <p>Signature of Witness Signature du témoin</p> <p>_____</p> <p>Address of Witness / Adresse du témoin</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	---

AUTHORIZATION TO TRANSMIT PERSONAL INFORMATION AND TO DIVULGE MEDICAL INFORMATION
AUTORISATION DE TRANSMETTRE DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET DES RENSEIGNEMENTS DE NATURE MÉDICALE

For the purpose of this application made under the legislation of the Philippines, I authorize the International Operations Group (IOG) of the Social Security System (SSS) to transmit to the liaison agency and to the competent institution of Canada, designated in the Administrative Arrangement for the Application of the Agreement on Social Security between the Government of the Philippines and the Government of Canada, any information concerning the SSS and/or GSIS decision, except for any information with respect to the amount of employment earnings or contributions made to the Social Security System and/or Government Service Insurance System.

For the period to process this application, I also authorize the Social Security System and or Government Service and Insurance System to transmit to the competent institution of Canada any information it may hold concerning my state of health.

Pour le traitement de la présente demande déposée en vertu de la législation des Philippines, j'autorise le Bureau des Affaires internationales operations group (IOG) et le Régime de sécurité socialie (SSS) à transmettre à l'organisme de liaison et à l'institution compétente du Canada, désignés dans l'Arrangement administratif pour l'application de l'Accord de sécurité sociale entre le gouvernement de Philippines et le gouvernement du Canada tout renseignements concernant une décision prise par le SSS, à l'exception de renseignements relatifs aux montants des gains tirés d'emplois et aux cotisations versées au Régime de sécurité socialie.

En outre, j'autorise le Régime de sécurité sociale, pour la période requise pour traiter cette demande, à fournir à l'institution compétente du Canada tout renseignement qu'il détient qui se rapporte à mon état de santé.

Signature : _____ Date : _____
Signature : _____ Date : _____

**TO BE COMPLETED BY THE COMPETENT INSTITUTION OF CANADA
 À REMPLIR PAR L'ORGANISME COMPÉTENT DU CANADA**

Date on which application was received <i>Date de réception de la demande</i>	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">year</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">month</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">day</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">année</td> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">mois</td> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">jour</td> <td colspan="7"></td> </tr> </table>											year	month	day								année	mois	jour							
year	month	day																													
année	mois	jour																													

Information about the contributor / Renseignements sur le cotisant

Date of Birth <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">year</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">month</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">day</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">année</td> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">mois</td> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">jour</td> <td colspan="7"></td> </tr> </table>											year	month	day								année	mois	jour								Date of Death <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">year</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">month</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">day</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">année</td> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">mois</td> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">jour</td> <td colspan="7"></td> </tr> </table>											year	month	day								année	mois	jour								Date of Marriage <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">year</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">month</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">day</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">année</td> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">mois</td> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">jour</td> <td colspan="7"></td> </tr> </table>											year	month	day								année	mois	jour								Date of Separation/Divorce <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">year</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">month</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">day</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">année</td> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">mois</td> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">jour</td> <td colspan="7"></td> </tr> </table>											year	month	day								année	mois	jour							
year	month	day																																																																																																																									
année	mois	jour																																																																																																																									
year	month	day																																																																																																																									
année	mois	jour																																																																																																																									
year	month	day																																																																																																																									
année	mois	jour																																																																																																																									
year	month	day																																																																																																																									
année	mois	jour																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> verified / vérifiée	<input type="checkbox"/> verified / vérifiée	<input type="checkbox"/> verified / vérifiée	<input type="checkbox"/> verified / vérifiée																																																																																																																								

Information about the surviving spouse / Renseignements sur les le conjoint survivant

Date of birth / Date de naissance	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: small;">year</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">month</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">day</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">année</td> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">mois</td> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">jour</td> <td colspan="7"></td> </tr> </table>											year	month	day								année	mois	jour								<input type="checkbox"/> verified / vérifiée
year	month	day																														
année	mois	jour																														

In formation about the qualified dependent children / Renseignements sur les enfants à charge admissibles

NAME <i>NOM</i>	DATE OF BIRTH <i>DATE DE NAISSANCE</i>	
		<input type="checkbox"/> verified / vérifiée
		<input type="checkbox"/> verified / vérifiée
		<input type="checkbox"/> verified / vérifiée
		<input type="checkbox"/> verified / vérifiée
		<input type="checkbox"/> verified / vérifiée

I hereby declare that the information concerning civil status given in this form was taken from original documents provided by the applicant.
J'atteste que les données relatives à l'état civil inscrites sur la présente formule ont été tirées des documents originaux fournis par le requérant.

Full name of Department:
Denominate du service : _____

Signature: _____
Signature: _____

Date: _____
Date: _____

Last name, first name and title of authorized person
Nom de famille, prénom et titre de la personne autorisée

