

LIAISON FORM AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY BETWEEN CANADA AND THE REPUBLIC OF THE PHILIPPINES
FORMULE DE LIAISON ACCORD DE SÉCURITÉ SOCIALE ENTRE LE CANADA ET LA RÉPUBLIQUE PHILIPPINES

PART B TO BE COMPLETED BY THE PHILIPPINES - PARTIE B À ÊTRE REMPLIE PAR LES PHILIPPINES

INFORMATION GIVEN BELOW RELATES TO - LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSOUS CONCERNENT

Name of contributor / applicant - Nom du cotisant / requérant	Applicant's Canadian Social Insurance or File Number Numéro canadien d'assurance sociale ou de dossier du requérant
---	--

**6. INFORMATION PROVIDED IN RESPONSE TO THE CANADIAN REQUEST IN SECTION 5
 RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUITE À LA DEMANDE CANADIENNE AU TITRE 5**

6.1 Creditable period under our legislation
 Périodes admissibles aux termes de notre législation

Period- Période				Months of contributions Mois de cotisations
From De		To À		
Month Mois	Year Année	Month Mois	Year Année	
TOTAL				

6.2 Further to the claim which was transmitted with this liaison form
 Suite à la demande qui a été transmise avec cette formule de liaison

Further to your request in sub-section 5.2
 Suite à votre demande au sous-titre 5.2

Benefit(s) in pay is (are)
 as follows:

Benefit Prestation	Effective Date Date d'entrée en vigueur	Current amount Montant actuel	Total amount in period indicated Montant total pour la période indiquée
Retirement Retraite			
Disability Invalidité			
Death Décès			

Les prestations suivantes
 sont versées:

Claim has been denied for the following reasons:
 La demande à été refusée pour la raison suivante

<input type="checkbox"/> age âge	<input type="checkbox"/> insufficient periods of contributions périodes de cotisations insuffisantes	<input type="checkbox"/> claimant is not disabled le requérant n'est pas invalide
<input type="checkbox"/> other (specify) autres (spécifiez)		

Claim is under consideration (we will advise you as soon as possible)
 La demande est à l'étude (nous vous aviserons dès que possible)

No claim submitted
 Aucune demande n'a été présentée

6.3 Medical evidence attached
 Documents médicaux ci-joints

6.4 Medical examination attached
 Examen médical ci-joint

6.5 Other remarks
 Autres remarques

7. PRINTED NAME AND SIGNATURE OF AUTHORIZED OFFICER - NOM EN LETTRES MOULÉES ET SIGNATURE DE L'AGENT AUTORISÉ

Date	Name of Institution - Nom de l'institution International Operations Group Social Security System Philippines	Printed name, signature and stamp
------	--	-----------------------------------