Service Canada

PROTÉGÉ B (une fois rempli)

GE - CAN 1

Demande de prestations canadiennes de vieillesse, de retraite et de survivants en vertu de l'Accord de sécurité sociale entre le Canada et la République Tchèque

Le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

Dans quelle langue désirez-vous qu'on s'adresse à vous?
◯ Français ◯ Anglais

Veuillez :
- Lire le guide ci-joint
- Remplir les espaces clairs seulement

SECTION 1 - À ÊTRE REMPLIE PAR TOUT DEMANDEUR

1. Numéros d'assurance sociale du cotisant ou du demandeur de la Pension de la Sécurité de la vieillesse.

Numéro de sécurité sociale ou d'identité

Numéro d'assurance sociale au Canada

2. Indiquer les prestations demandées et fournir la documentation requise.

A. PRESTATION FONDÉE SUR LA RÉSIDENCE AU CANADA APRÈS AVOIR ATTEINT L'ÂGE DE 18 ANS :

☐ **Pension de la Sécurité de la vieillesse**

Remplissez : les sections 1, 2, 3 et 7

Fournissez :	**Indiquez :**	Année	Mois	Jour
- un certificat de naissance	- la date de naissance			

- une preuve de votre titre à la résidence au Canada au moment de votre départ du Canada (carte de citoyenneté canadienne, preuve d'immigration, etc.). SI VOUS ÊTES NÉ AU CANADA ET Y AVEZ TOUJOURS VÉCU JUSQU'AU MOMENT DE VOTRE DÉPART, CETTE PREUVE N'EST PAS REQUISE.

☐ Ci-joint

- une preuve de la date de votre entrée et la date de votre départ du Canada (passeports, visas, billets de navire ou d'avion, etc.)

☐ Ci-joint

B. PRESTATIONS FONDÉES SUR LES COTISATIONS REMISES AU RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA DEPUIS JANVIER 1966 :

☐ **Pension de retraite**

Remplissez : les sections 1, 2, 4 et 7

Fournissez :	**Indiquez :**	Année	Mois	Jour
- un certificat de naissance	- la date de naissance			

☐ **Pension de survivant** ☐ **Prestations d'enfant survivant** ☐ **Prestation de décès**

Remplissez : les sections 1, 2, 5, 6 (le cas échéant) et 7

Fournissez* :	**Indiquez :**	Année	Mois	Jour
- un certificat de décès	- la date de décès			
- un certificat de naissance du cotisant décédé	- la date de naissance du cotisant décédé			
- un certificat de naissance du survivant et de chaque enfant à charge	- la date de naissance du survivant			
- un certificat de mariage	- date du mariage			

* **Si vous demandez une Prestation de décès seulement, fournissez un certificat de décès et un certificat de naissance du cotisant décédé.**

À l'usage exclusif de l'institution de sécurité sociale de la République Tchèque seulement

Date de réception :

Vérifié par :

Vérifié par :

Si vous voulez présenter une demande de prestation d'invalidité du Régime de pensions du Canada, veuillez remplir le formulaire GE-CAN 1 (DI) qui est disponible sur ce site et à votre bureau de sécurité sociale le plus près.

SECTION 2 - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX CONCERNANT LE COTISANT OU LE DEMANDEUR DE LA PENSION DE LA SÉCURITÉ DE LA VIEILLESSE. (À être remplie par tout demandeur)

3. Facultatif : ◯ M. ◯ Mme ◯ Mlle

4. Prénom et initiale | Nom de famille | Nom de famille à la naissance

5. Adresse du cotisant (n° et rue, app.) | Ville ou village

Province ou territoire | Pays | Code postal

6. Adresse postale
☐ même que celle indiquée à la question 5 ou

7. Lieu de naissance

8. Nom inscrit sur la carte d'assurance sociale canadienne
☐ même que celui indiqué à la question 4 ou

9. Indiquez les périodes de résidence et/ou d'emploi dans un pays autre que le Canada et la République Tchèque.

Nom du pays	Numéro de sécurité sociale dans ce pays	Résidence De		Résidence À		Emploi De		Emploi À		Une prestation a-t-elle été demandée?	
		Année	Mois	Année	Mois	Année	Mois	Année	Mois	Oui	Non
										◯	◯
										◯	◯
										◯	◯

10. Depuis le 1er janvier 1966, avez-vous été ou votre époux ou conjoint de fait a-t-il été admissible aux Allocations familiales ou à la Prestation fiscale pour enfants du Canada pour un enfant né après le 31 décembre 1958?

Cotisant ◯ Oui ◯ Non

Époux ou conjoint de fait ◯ Oui ◯ Non

11A État civil

◯ Célibataire ◯ Marié ◯ Conjoint de fait ◯ Séparé ◯ Divorcé ◯ Époux ou conjoint de fait survivant

11B Nom complet de l'époux ou conjoint de fait

11C Date de naissance de l'époux ou conjoint de fait — Année Mois Jour

SECTION 3 - À ÊTRE REMPLIE SI VOUS DEMANDEZ UNE PENSION DE LA SÉCURITÉ DE LA VIEILLESSE (Sinon, voir la SECTION 4)

12. Si vous êtes né hors du Canada indiquez la date et le lieu d'entrée au Canada. — Année Mois Jour Lieu

13. Indiquez votre titre à la résidence au Canada au moment de votre départ du Canada.

◯ Citoyen canadien

◯ Titulaire d'un permis de résident temporaire (anciennement appelé Permis du Ministre)

◯ Résident permanent (anciennement appelé immigrant reçu)

◯ Autres (veuillez spécifiez) _____

14. Énumérez les endroits où vous avez demeuré de votre naissance jusqu'à ce jour. Il n'est pas nécessaire d'indiquer les changements dans une même localité. (Utilisez une feuille supplémentaire si nécessaire.)

De		À		Ville ou village	Province ou état	Pays
Année	Mois	Année	Mois			

15. Indiquez le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de deux personnes, non apparentées avec vous par le sang ou par alliance, qui connaissent les détails de votre résidence au Canada.

Nom	Adresse	Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional ou urbain)

16. Êtes-vous considéré comme un résident du Canada aux fins de l'impôt sur le revenu? ◯ Oui ◯ Non

Si non, votre revenu mondial net de toutes provenances pour l'année 2018 est-il inférieur à 75 910 $ en dollars canadiens? (*Consultez le Guide pour plus d'informations)* ◯ Oui ◯ Non

SECTION 4 - À ÊTRE REMPLIE SI VOUS DEMANDEZ UNE PENSION DE RETRAITE DU RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA (Sinon, voir la SECTION 5)

17. Quand voulez-vous commencer à recevoir votre pension?

IMPORTANT : Veuillez lire le feuillet d'informations avant de remplir cette section.

Un choix seulement

◯ Aussitôt que je suis admissible

ou

◯ À 65 ans (votre pension commencera le mois suivant votre 65e anniversaire)

ou

◯ À partir de (indiquez une date) _____ (Année Mois)

SECTION 5 - À ÊTRE REMPLIE SI VOUS DEMANDEZ UNE PENSION DE SURVIVANT OU UNE PRESTATION DE DÉCÈS (Sinon, voir la SECTION 6)

A. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX CONCERNANT LE DEMANDEUR

18A Facultatif : ◯ M. ◯ Mme ◯ Mlle

18B Prénom et initiale	Nom de famille	Nom de famille à la naissance

19. Adresse (n° et rue, app.) Ville ou village

Province ou territoire Pays Code postal

20. Adresse postale

☐ même que celle indiquée à la question 19 ou

21. Lien de parenté du demandeur avec le cotisant décédé

A. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX CONCERNANT LE DEMANDEUR (SUITE)

22. Y a-t-il un exécuteur, un administrateur ou un représentant légal de la succession du cotisant décédé?

◯ Oui Si « **Oui** », indiquez si la personne est : ◯ celle nommée aux questions 18 et 19 ou

◯ Non ◯ celle nommée ci-dessous

Prénom | Nom de famille

Adresse (n° et rue, app.) | Ville ou village

Province ou territoire | Pays | Code postal

B. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE SURVIVANT

23. Numéro d'assurance sociale au Canada

24A Facultatif : ◯ M. ◯ Mme ◯ Mlle

24B

Prénom	Nom de famille	Nom de famille à la naissance
☐ même que celui indiqué à la question 18 ou	☐ même que celui indiqué à la question 18 ou	☐ même que celui indiqué à la question 18 ou

25. Au moment du décès, demeuriez-vous avec le cotisant?

◯ Oui ◯ Non

26. Au moment du décès, étiez-vous marié au cotisant?

◯ Oui ◯ Non

SECTION 6 - À ÊTRE REMPLIE SI VOUS DEMANDEZ UNE PRESTATION D'ENFANT SURVIVANT (Sinon, voir la SECTION 7) Les questions 28 et 29 doivent être remplies seulement lorsque le demandeur n'est pas la personne nommée à la question 18.

27. Nom complet de l'enfant	Date de naissance			**À l'usage exclusif de l'institution de sécurité sociale de la République Tchèque seulement**
	Année	Mois	Jour	**Vérifié par :**

28A Facultatif : ◯ M. ◯ Mme ◯ Mlle

28B Prénom | Nom de famille

29. Adresse (n° et rue, app.) | Ville ou village

Province ou territoire | Pays | Code postal

SECTION 7 - DOIT ÊTRE SIGNÉE PAR LE DEMANDEUR

À NOTER : Si vous faites une demande au nom du demandeur, indiquez sur une feuille supplémentaire votre nom au complet, votre adresse et la raison pour cette demande.

30. Déclaration de la personne qui fait la demande

Je certifie que, autant que je sache, tous les renseignements donnés ici sont véridiques et complets. J'autorise l'institution de sécurité sociale du pays qui est signataire de cet Accord à fournir à Service Canada tous les renseignements et pièces justificatives qu'elle possède et qui sont ou qui peuvent être relatifs à cette demande de prestations.

Les renseignements que vous fournissez sont recueillis en vertu de la *Loi sur la sécurité de la vieillesse* et du *Régime de pensions du Canada* pour déterminer votre admissibilité à des prestations. Votre numéro d'assurance sociale (NAS) est recueilli en vertu de l'article 52 du *Règlement sur le Régime de pensions du Canada* et de l'article 15 du *Règlement sur la sécurité de la vieillesse* conformément à la directive du Secrétariat du Conseil du Trésor sur le NAS en ce qui a trait aux utilisateurs autorisés du NAS. Le NAS sera utilisé pour garantir l'exactitude de l'identification de la personne afin que les gains cotisables soient affichés correctement, permettant ainsi de calculer exactement l'admissibilité aux prestations. Le NAS sera aussi utilisé à des fins de vérification du revenu auprès de l'Agence du revenu du Canada (ARC) dans le but de vous offrir de meilleurs services et de minimiser le chevauchement des tâches au sein du gouvernement.

Votre participation est volontaire. Cependant, si vous refusez de fournir vos renseignements personnels, Emploi et Développement social Canada (EDSC) ne sera pas en mesure de traiter votre demande.

Les renseignements que vous fournissez pourraient être utilisés ou communiqués à des fins d'analyse de politique, de recherche ou d'évaluation. Afin de mener ces activités, diverses sources d'information sous la garde et le contrôle de EDSC pourraient être liées. Toutefois, les autres utilisations ou divulgations de vos renseignements personnels ne serviront jamais à prendre une décision administrative à votre sujet (comme une décision sur votre admissibilité à des prestations).

Les renseignements que vous avez fournis pourraient être communiqués au sein de EDSC, d'institutions fédérales et d'autorités provinciales ou d'organismes publics créés en vertu d'une loi provinciale avec lesquels le ministre de EDSC pourrait avoir conclu une entente aux fins de l'administration du *Régime de pensions du Canada*, de la *Loi sur la sécurité de la vieillesse*, d'autres lois du Parlement, ainsi que de lois fédérales ou provinciales. Les renseignements pourraient aussi être utilisés à des fins d'analyse de politique, de recherche ou d'évaluation. Les renseignements pourraient aussi être divulgués au gouvernement d'autres pays conformément aux ententes réciproques relatives à l'administration ou à l'application de cette loi, de la *Loi sur la sécurité de la vieillesse* ou du *Régime de pensions du Canada*.

Vos renseignements personnels sont administrés conformément à la *Loi sur la sécurité de la vieillesse*, au *Régime de pensions du Canada* et à la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Vous avez droit à la protection de vos renseignements personnels et à leur accès. Ils seront conservés dans le fichier de renseignements personnels EDSC UPP 146 (pour le RPC) et dans le fichier de renseignements personnels EDSC UPP 116 (pour la SV). Pour connaître la marche à suivre afin d'obtenir ces renseignements, consultez la publication du gouvernement intitulée *Info Source*. Celle-ci se trouve en ligne, à l'adresse suivante : **www.infosource.gc.ca**. Elle peut également être consultée en ligne dans tous les Centres Service Canada.

NOTE : Si vous faites une déclaration fausse ou trompeuse, vous vous exposez à une pénalité administrative et intérêts, le cas échéant, en vertu du *Régime de pensions du Canada* ou de la *Loi sur la sécurité de la vieillesse,* ou à une poursuite pour infraction. Si vous recevez ou obtenez des prestations auxquelles vous n'êtes pas admissible, elles devraient être remboursées.

Signature du demandeur _____

Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional ou urbain)

Date _____

Année Mois Jour

_____

NOTE : La signature au moyen d'une croix n'est acceptée que si une personne responsable en atteste l'authenticité en signant la déclaration ci-contre.

31. Déclaration du témoin

J'ai lu le présent formulaire rempli au demandeur qui a semblé le comprendre et qui a signé d'une croix en ma présence.

Signature du témoin

Nom du témoin (en lettres moulées)

Adresse du témoin

À L'USAGE EXCLUSIF DE L'ORGANISME DE LIAISON DU CANADA

En vigueur le - SV Année Mois Jour	En vigueur le - RPC Année Mois Jour	Date de réception Année Mois Jour	Âge A B T	Statut de résidence X Y Z O
			☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐

Date de paiement - SV Année Mois Jour	Date de paiement - RPC Année Mois Jour	Date d'élection Année Mois Jour	Résidence (Règlement de transition) 3 (1) (b) 3 (1) (c)	Résidence 3 (1.1)

Montant Total	Je certifie que le demandeur est admissible à la (aux) prestation(s) à partir de la (des) date(s) d'entrée en vigueur susmentionnée(s) et que cette (ces) prestation(s) est (sont) payable(s) aux termes de la *Loi sur la Sécurité de la vieillesse* ou du *Régime de pensions du Canada*.	
	Certifié par :	Date
Montant arrondi	Vérifié par :	Date

Service Canada assure la prestation des programmes et des services
d'Emploi et Développement social Canada pour le gouvernement du Canada

Available in English