Développement des ressources humaines Canada | Human Resources Development Canada

Protégé une fois rempli - A

GE-CAN 1 (DI)

Demande de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada en vertu de l'accord de sécurité sociale entre le Canada et _____

Fichier de renseignements personnels DRHC PPU 175

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

Quelle langue préférez-vous utiliser pour la correspondance?
☐ Français ☐ Anglais

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

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR LE COTISANT

À l'usage exclusif de l'Institution de sécurité sociale
Date de réception :
Vérifié par :

1. Numéro de sécurité sociale | Numéro d'assurance sociale au Canada

2. ☐ Homme ☐ Femme
Prénom | Nom de famille | Nom de famille à la naissance

3. Nom figurant sur la carte d'assurance sociale du Canada
☐ même nom qu'à la question 2 ou

4. Date de naissance (veuillez fournir un acte de naissance ou un extrait de baptême)
Année Mois Jour

5. État civil ☐ Célibataire ☐ Marié ☐ Séparé ☐ Veuf ☐ Divorcé ☐ Union de fait

6. Adresse du domicile (N°, rue, app.)

Code postal | Ville ou Village | Pays

7. Adresse postale (N°, rue, app., C.P., R.R.) ☐ même adresse qu'à la question 6 ou

8. Dans quelle province du Canada habitiez-vous avant de quitter le pays?

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

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

10. Depuis le 1er janvier 1966, est-ce que le cotisant ou son époux ou conjoint de fait a 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

SECTION 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LES ENFANTS DU COTISANT

11. Avez-vous des enfants de moins de 18 ans à votre charge?
☐ Oui Si « **Oui** », répondez à la question 11 et joignez au formulaire un acte de naissance ou un extrait de baptême pour chaque enfant.
☐ Non

Avez-vous des enfants âgés de 18 à 25 ans qui vont à l'école ou à l'université à plein temps?
☐ Oui Si « **Oui** », chaque enfant devrait remplir une demande distincte.
☐ Non

11A. Prénom de l'enfant | Nom de famille

À l'usage exclusif de l'Institution de sécurité sociale
Vérifié par :

☐ Garçon ☐ Fille

Date de naissance Année Mois Jour

☐ Enfant naturel ☐ Enfant adopté légalement ☐ Autre

Si vous avez répondu « **Autre** », précisez :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

SECTION 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LES ENFANTS DU COTISANT (suite)

11B. Prénom de l'enfant | Nom de famille

À l'usage exclusif de l'Institution de sécurité sociale
Vérifié par :

☐ Garçon ☐ Fille

Date de naissance — Année Mois Jour

☐ Enfant naturel ☐ Enfant adopté légalement ☐ Autre

Si vous avez répondu « **Autre** », précisez :

Si vous manquez d'espace aux questions 11 et / ou 12 pour inscrire tous vos enfants, utilisez une autre feuille et joignez-la au formulaire.

12. Si vous avez un enfant naturel ou un enfant adopté légalement qui a moins de 18 ans et est à la charge d'une autre personne, veuillez donner les renseignements suivants :

	Prénom et nom de l'enfant	Prénom et nom du tuteur	Adresse du tuteur (N°, rue, app.)
12A.			
12B.			

13. Les organismes suivants ont-ils déjà reçu une demande de prestations ou versé des prestations au nom de l'un de vos enfants mentionnés à la question 11?

	Demande		Prestations	
Régime de pensions du Canada	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non
Régime de rentes du Québec	☐ Oui	☐ Non	☐ Oui	☐ Non

Si vous avez répondu « **Oui** », à l'une des questions, indiquez le(s) numéro(s) d'assurance sociale qui a (ont) été utilisé(s).

Numéro d'assurance sociale | Numéro d'assurance sociale

TOUTE DÉCLARATION FAUSSE OU TROMPEUSE FAITE DANS LA PRÉSENTE DEMANDE CONSTITUE UNE INFRACTION AUX TERMES DE LA LOI CANADIENNE.

SECTION 3 - À SIGNER PAR LE DEMANDEUR OU, SI LA SIGNATURE EST UNE CROIX, PAR UN TÉMOIN

Remarque : Si vous présentez la demande au nom du demandeur, veuillez donner sur une page séparée votre nom, votre adresse et la raison de cette demande.

14. Déclaration du demandeur

Par la présente, je demande à recevoir des prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada et je déclare que, autant que je sache, tous les renseignements donnés ici sont véridiques et complets. J'accepte d'informer Développement des ressources humaines Canada de tout changement qui pourrait avoir des conséquences pour ce qui est de mon admissibilité aux prestations. J'autorise l'institution de sécurité sociale qui est une Partie de l'Accord à donner à Développement des ressources humaines Canada tous les renseignements et toutes les pièces justificatives en sa possession qui sont liés ou qui pourraient être liés à la présente demande de prestations. De plus, je reconnais que mes renseignements personnels sont régis par la Loi sur la protection des renseignements personnels du Canada et qu'ils peuvent être divulgués quand l'autorise le Régime de pensions du Canada.

Signature du demandeur ▶

Date de la demande — Année Mois Jour

Remarque : La signature par une croix est acceptée si une personne responsable est témoin et remplit la déclaration ci-contre.

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

Déclaration du témoin

J'ai lu le contenu de la présente demande au demandeur. Il semble avoir bien compris les questions et a signé le formulaire en ma présence en apposant une croix.

Signature du témoin

Nom du témoin (en lettres moulées)

Adresse du témoin (N°, rue, app.)

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

Date de réception	En vigueur le	Date de paiement	Âge
Année Mois Jour	Année Mois Jour	Année Mois Jour	A ☐ B ☐ T ☐

Certifié par :	Date	Vérifié par :	Date