ŽÁDOST O DĚTSKÉ DÁVKY VYPLÁCENÉ Z KANADSKÉHO DŮCHODOVÉHO PROGRAMU V RÁMCI SMLOUVY O SOCIÁLNÍM ZABEZPEČENÍ MEZI KANADOU A _____

Jazyk, v němž si přejete vést korespondenci:
☐ angličtina ☐ francouzština

- Dávky na dítě ve věku 18-25 let zapsané k řádnému dennímu studiu
- Vyplněné „Prohlášení o řádném denním studiu“ na zadní straně je povinnou součástí této žádosti

ČÁST A – ÚDAJE O PLÁTCI

1A Číslo kanadského sociálního pojištění plátce

1B Pohlaví ☐ mužské ☐ ženské

2. ☐ pan ☐ paní ☐ slečna ☐ paní (zkratka se používá, pokud žena nechce uvádět, zda je vdaná nebo ne)

Křestní jméno:
Druhé křestní jméno:
Příjmení:

3. Adresa plátce – ulice, číslo:
PSČ:
Město/obec:
Stát:

Pro potřeby instituce sociálního zabezpečení
Datum přijetí:

ČÁST B – ÚDAJE O DÍTĚTI PLÁTCE

4A Číslo kanadského sociálního pojištění dítěte

4B Pohlaví ☐ mužské ☐ ženské

5. ☐ pan ☐ paní ☐ slečna ☐ paní (zkratka se používá, pokud žena nechce uvádět, zda je vdaná nebo ne)

Křestní jméno:
Druhé křestní jméno:
Příjmení:

6. Adresa – ulice, číslo:
PSČ:
Město/obec:
Stát:

7. Kontaktní adresa – ulice, číslo: ☐ stejná jako v oddíle 6 nebo_____

PRACOVNÍ PŘEKLAD DO CJ.
PRO ÚČELY PODÁNÍ ŽÁDOSTI VYPLŇTE PROSÍM FORMULÁŘ V AJ NEBO FJ

PSČ:
Město/obec:
Stát:

8. Datum narození (Prosím přiložte rodný nebo křestní list): *(rok, měsíc, den)*

Pro potřeby instituce sociálního zabezpečení
Datum narození ověřil:

9A. Žádal jste o dávku nebo byla vám vyplácena dávka z:

Kanadského důchodového programu ☐ ANO ☐ NE
Quebeckého důchodového programu ☐ ANO ☐ NE

9B. Jestliže jste v některém případě odpověděl „**ANO**“, uveďte prosím, pod jakým číslem sociálního pojištění:

10. Jste biologickým potomkem nebo adoptovaným dítětem plátce?
☐ ANO ☐ NE
Pokud jste adoptovaným dítětem, uveďte datum adopce: *(rok, měsíc, den)*

UVEDENÍ NEPRAVDIVÝCH INFORMACÍ V TÉTO ŽÁDOSTI JE PODLE KANADSKÝCH PRÁVNÍCH PŘEDPISŮ TRESTNÉ.

ČÁST C – PROHLÁŠENÍ DÍTĚTE

11. ☐ Žádám tímto o dávku pro dítě invalidního plátce
☐ Žádám tímto o sirotčí důchod

a prohlašuji, že podle mého nejlepšího vědomí jsou uvedené informace pravdivé a úplné. Prohlašuji, že vyrozumím ministerstvo pro rozvoj lidských zdrojů o všech změnách okolností, které by mohly ovlivnit můj nárok na dávky. Poskytuji svolení instituci sociálního zabezpečení, která je stranou této dohody, aby ministerstvu pro rozvoj lidských zdrojů předala všechny informace a doklady, které má ve své evidenci a které souvisejí nebo by mohly souviset s touto žádostí o dávky. Dále prohlašuji, že si jsem vědom skutečnosti, že mé osobní údaje, které jsou chráněny kanadským zákonem o soukromí, mohou být poskytnuty dalším stranám v souladu s předpisy Kanadského důchodového programu.

Podpis žadatele:
Datum podání žádosti: *(rok, měsíc, den)*
Telefonní číslo (včetně předvolby):

VYPLNÍ KANADSKÝ STYČNÝ ÚŘAD
Datum přijetí: *(rok, měsíc, den)*
Datum nároku: *(rok, měsíc, den)*
Potvrdil:
Datum:

Datum platby: *(rok, měsíc, den)*
Věk: ☐ A ☐ B ☐ T
Ověřil:
Datum:

NEVYPLŇUJTE V PŘÍPADĚ, ŽE JSTE ŽÁDOST JIŽ VYPLNIL V ANGLICKÉM NEBO FRANCOUZSKÉM JAZYCE. PROSÍM, POŠLETE TENTO FORMULÁR ZPĚT DO ČR. POUZE V PŘÍPADĚ, ŽE JSTE NEVYPLNIL ŽÁDOST V ANGLICKÉM NEBO FRANCOUZSKÉM JAZYCE, VYPLŇTE TENTO FORMULÁŘ. PRO ÚČELY POSOUZENÍ ŽÁDOSTI

PROHLÁŠENÍ O ŘÁDNÉM DENNÍM STUDIU

12. Číslo kanadského sociálního pojištění plátce:

ČÁST D – VYPLNÍ STUDENT

13. Číslo kanadského sociálního pojištění studenta:
Křestní jméno:
Příjmení:

14. Zapsán jako student (název školy, univerzity, vysoké školy apod.)

15A Druh studia ☐ denní ☐ večerní ☐ jiné
Jestliže jste odpověděl „**VEČERNÍ**“ nebo „**JINÉ**“, uveďte podrobnosti v oddíle 17.

15B Studijní obor (uveďte kurz, stupeň nebo fakultu)

16A Počet hodin týdně, kdy je vaše účast při studiu oboru dle 15B povinná:

16B Datum zahájení studia: *(rok, měsíc)*

16C Datum ukončení studia *(rok, měsíc)*

17. Poznámky (Uveďte délku a důvody případné absence během výše uvedených studijních let a případná vysvětlení k oddílu 15A.)

UVEDENÍ NEPRAVDIVÝCH INFORMACÍ V TÉTO ŽÁDOSTI JE PODLE KANADSKÝCH PRÁVNÍCH PŘEDPISŮ TRESTNÉ.

Prohlašují, že podle mého nejlepšího vědomí jsou uvedené informace pravdivé a úplné. **PROHLAŠUJI, ŽE VYROZUMÍM MINISTERSTVO PRO ROZVOJ LIDSKÝCH ZDROJŮ O PŘERUŠENÍ NEBO UKONČENÍ ŘÁDNÉHO DENNÍHO STUDIA.** Poskytuji svolení výše zmíněnému vzdělávacímu zařízení, aby ministerstvu pro lidské zdroje předalo všechny informace související s mým zápisem ke studiu a docházkou.

Podpis žadatele:
Datum podání žádosti: *(rok, měsíc, den)*
Telefonní číslo (včetně předvolby):

ČÁST E – VYPLNÍ ŠKOLA NEBO UNIVERZITA

Podle mého nejlepšího vědomí jsou odpovědi na otázky v části D pravdivé, pokud níže neuvádím jinak.

Název a adresa školy nebo univerzity:
Jméno zodpovědné osoby:
Podpis:
Titul:
Datum: *(rok, měsíc, den)*
Telefonní číslo (včetně předvolby):

PRO ÚČELY PODÁNÍ ŽÁDOSTI VYPLŇTE PROSÍM FORMULÁŘ V AJ NEBO FJ
PRACOVNÍ PŘEKLAD DO ČJ!