ŽÁDOST O DÁVKU V INVALIDITĚ VYPLÁCENOU Z KANADSKÉHO DŮCHODOVÉHO PROGRAMU V RÁMCI SMLOUVY O SOCIÁLNÍM ZABEZPEČENÍ MEZI KANADOU A_____

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

POZOR:
- přečtěte si přiložené instrukce
- nevyplňujte barevné oddíly

ČÁST 1 – INFORMACE O PLÁTCI

1. Číslo sociálního zabezpečení:
   Číslo kanadského sociálního pojištění

2. ☐ muž ☐ žena
   Křestní jméno:
   Příjmení:
   Rodné příjmení:

3. Jméno uvedené na průkazu kanadského sociálního pojištění
   ☐ stejné jako v oddíle 2 nebo _____

4. Datum narození (Prosím doložte rodným nebo křestním listem)
   (rok, měsíc, den)

Pro potřeby instituce sociálního zabezpečení
Datum přijetí:
Ověřil:

5. Stav ☐ svobodný ☐ ženatý/vdaná ☐ odloučený
   ☐ vdova ☐ rozvedený ☐ druh/družka

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

7. Kontaktní adresa:
   ☐ stejná jako v oddíle 6 nebo _____

8. V které kanadské provincii jste měl poslední trvalé bydliště?

9. Uveďte období trvalého bydliště a/nebo období zaměstnání v jiném státě, než je Kanada a Republika Filipíny.
   Název státu:
   Číslo sociálního zabezpečení v tomto státě:
   Trvalé bydliště: od (*rok, měsíc)* do (*rok, měsíc*)

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

Zaměstnání: od (*rok, měsíc)* do (*rok, měsíc*)
Byla podána žádost o dávku? ☐ ANO ☐ NE

10. Měl/a jste v období od 1. ledna 1966 vy, váš manžel/ka nebo druh/družka nárok na kanadské rodinné příspěvky nebo na dětské přídavky na dítě narozené po 31. prosinci 1958?
Plátce: ☐ ANO ☐ NE
Manžel/ka nebo druh/družka: ☐ ANO ☐ NE

ČÁST 2 – INFORMACE O DĚTECH PLÁTCE

11. Máte v péči nezletilé děti mladší 18 let?
☐ ANO ☐ NE Jestliže jste odpověděl „**ANO**“, vyplňte prosím oddíl 11 a přiložte rodný nebo křestní list každého dítěte.

Je vašim dětem 18-25 let a jsou studenty řádného denního studia?
☐ ANO ☐ NE Jestliže jste odpověděl „**ANO**“, každé dítě musí vyplnit samostatnou žádost.

11A. Křestní jméno dítěte:
Příjmení:
Pohlaví ☐ mužské ☐ ženské
Datum narození: *(rok, měsíc, den)*

Pro potřeby instituce sociálního zabezpečení
Ověřil:

☐ biologický potomek
☐ adoptované dítě
☐ jiné
Jestliže jste odpověděl „**jiné**“, uveďte prosím okolnosti.

11B. Křestní jméno dítěte:
Příjmení:
Pohlaví ☐ mužské ☐ ženské
Datum narození: *(rok, měsíc, den)*

Pro potřeby instituce sociálního zabezpečení
Ověřil:

☐ biologický potomek
☐ adoptované dítě
☐ jiné
Jestliže jste odpověděl „**jiné**“, uveďte prosím okolnosti.

Jestliže vám vyčleněný prostor nestačí, uveďte prosím údaje o dalších dětech podle oddílu 11 a/nebo 12 na zvláštním listu, který přiložte k této žádosti.

12. Jestliže máte biologické potomky nebo adoptované děti ve věku do 18 let svěřené do péče jiné osoby, uveďte prosím následující údaje:

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

12A Celé jméno dítěte:
Celé jméno opatrovníka:
Adresa opatrovníka:

12B Celé jméno dítěte:
Celé jméno opatrovníka:
Adresa opatrovníka:

13. Pokud jde o děti uvedené v oddíle 11, byla na ně někdy podána žádost o dávku nebo byla na ně někdy vyplácena dávka z:

	Žádost		Dávka vyplácena	
Kanadského důchodového programu	☐ ANO	☐ NE	☐ ANO	☐ NE
Quebeckého důchodového programu	☐ ANO	☐ NE	☐ ANO	☐ NE

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

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

ČÁST 3 – PODPIS ŽADATELE NEBO SVĚDKA V PŘÍPADĚ, ŽE ŽADATEL SE PODEPSAL ZNAČKOU

Poznámka: Jestliže podáváte žádost jménem žadatele, uveďte na zvláštním listu své celé jméno a adresu a důvod, proč podáváte tuto žádost.

14. **Prohlášení žadatele**
Žádám tímto o invalidní důchod podle Kanadského důchodového programu 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):
Poznámka: Značka místo podpisu je přijatelná, jestliže její pravost ověřila kterákoli zodpovědná osoba, která musí vyplnit prohlášení.

Prohlášení svědka
Přečetl jsem obsah této žádosti žadateli, který dal najevo, že mu plně rozuměl, a který v mé přítomnosti označil žádost značkou.

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

Podpis svědka:
Jméno svědka (tiskacími písmeny):
Adresa svědka:

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:

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