

PL-CAN 3

Demande de prestations d'enfant du Régime de pensions du Canada en vertu de l'Accord de sécurité sociale entre le Canada et la République de Pologne
Wniosek o świadczenia dla dziecka z Systemu Rentowego Kanady na podstawie Umowy o zabezpieczeniu społecznym zawartej pomiędzy Kanadą i Rzeczpospolitą Polską

Fichier de renseignements personnels
RHDCC PPU 175
Kartoteka danych osobowych
RHDCC PPU 175

- Prestations pour enfants de 18 à 25 ans fréquentant l'école ou l'université à plein temps.
Świadczenia dla dzieci od 18 do 25 lat uczęszczających do szkoły lub szkoły wyższej w pełnym wymiarze.
- La « Déclaration de fréquentation scolaire ou universitaire » figurant à la page 3 doit être remplie pour appuyer la présente demande.
Należy wypełnić „Oświadczenie o uczęszczaniu do szkoły lub szkoły wyższej” znajdujące się na stronie 3 w celu poparcia niniejszego wniosku.

Le masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.
Zastosowanie rodzaju męskiego nie stanowi dyskryminacji i ma jedynie na celu uproszczenie tekstu

Quelle langue préférez-vous utiliser pour la correspondance?
W jakim języku mamy kierować korespondencję ?

Français po francusku Anglais po angielsku

SECTION A - RENSEIGNEMENTS SUR LE COTISANT CZĘŚĆ A - INFORMACJE DOTYCZĄCE UBEZPIECZONEGO			À l'usage exclusif de l'Institution de sécurité sociale Przeznaczone wyłącznie dla instytucji zabezpieczenia społecznego Date de réception : Data otrzymania:
1A. Numéro d'assurance sociale du cotisant au Canada Numer Kanadyjskiego Ubezpieczenia społecznego osoby, która płaciła składki	1B. Sexe - Płeć <input type="checkbox"/> Homme / Mężczyzna <input type="checkbox"/> Femme / Kobieta		
2. Prénom et initiale - Imię i inicjał	Nom de famille - Nazwisko		
3. Adresse du cotisant (n°, rue, app.) Adres ubezpieczonego (ulica i nr domu, nr mieszkania)		Ville Miasto	
Province ou territoire Prowincja lub terytorium	Pays - si ce n'est pas le Canada Państwo - jeżeli nie jest to Kanada	Code postal Kod pocztowy	
SECTION B - RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT DU COTISANT CZĘŚĆ B - INFORMACJE DOTYCZĄCE DZIECKA UBEZPIECZONEGO			
4A. Numéro d'assurance sociale de l'enfant au Canada Numer ubezpieczenia społecznego dziecka w Kanadzie	4B. Sexe - Płeć <input type="checkbox"/> Homme / Mężczyzna <input type="checkbox"/> Femme / Kobieta		
5. Prénom et initiale - Imię i inicjał	Nom de famille - Nazwisko		
6. Adresse du domicile (n°, rue, app.) Adres (ulica i nr domu, nr mieszkania)		Ville Miasto	7. Adresse postale Adres pocztowy: <input type="checkbox"/> même adresse qu'à la question 6 ou taki sam jak wskazany w pkt. 6 lub
Province ou territoire Prowincja lub terytorium	Pays - si ce n'est pas le Canada Państwo - jeżeli nie jest to Kanada	Code postal Kod pocztowy	

Service Canada assure la prestation des programmes et des services de Ressources humaines et Développement des compétences Canada pour le gouvernement du Canada.

Service Canada zapewnia świadczenia w ramach programu i usług Ressources humaines et Développement des compétences Canada w imieniu rządu Kanady.

Numéro d'assurance sociale au Canada
Numer ubezpieczenia społecznego w Kanadzie

SECTION B - RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT DU COTISANT (suite)
CZĘŚĆ B - INFORMACJE DOTYCZĄCE DZIECKA UBEZPIECZONEGO (c.d.)

8. Date de naissance (veuillez fournir un certificat de naissance) Data urodzenia (dołączyć akt urodzenia)	Année Rok	Mois Miesiąc	Jour Dzień	À l'usage exclusif de l'Institution de sécurité sociale Przeznaczone wyłącznie dla instytucji zabezpieczenia społecznego Vérifié par : Sprawdził:		
9A. Avez-vous déjà demandé ou reçu des prestations en vertu du : Czy składałeś już wniosek lub otrzymałeś świadczenia z: Régime de pensions du Canada? Systemu rentowego Kanady ? <input type="checkbox"/> Oui Tak <input type="checkbox"/> Non Nie	Régime de rentes du Québec? Systemu rentowego Quebec'u ? <input type="checkbox"/> Oui Tak <input type="checkbox"/> Non Nie	9B. Si « Oui », indiquez le numéro d'assurance sociale au Canada qui a été utilisé Jeżeli „ Tak ”, podać numer ubezpieczenia społecznego				
10. Êtes-vous l'enfant naturel du cotisant ou un enfant légalement adopté? Czy jesteś dzieckiem własnym ubezpieczonego lub dzieckiem prawnie adoptowanym ? <input type="checkbox"/> Oui Tak <input type="checkbox"/> Non Nie	Si vous avez été adopté, précisez à quelle date Jeżeli jesteś adoptowany, podać datę, od kiedy			Année Rok	Mois Miesiąc	Jour Dzień

**TOUTE DÉCLARATION FAUSSE OU TROMPEUSE FAITE DANS LA PRÉSENTE DEMANDE CONSTITUE UNE
INFRACTION AUX TERMES DE LA LOI CANADIENNE
WSZELKIE FAŁSZYWE I WPROWADZAJĄCE W BŁĄD OŚWIADCZENIA ZAWARTE W NINIEJSZYM WNIOSKU STANOWIĄ**

SECTION C - DÉCLARATION DE L'ENFANT
CZĘŚĆ C - OŚWIADCZENIE DZIECKA

11. <input type="checkbox"/> Par la présente, je demande des prestations d'enfant de cotisant invalide. Niniejszym występuję o świadczenia dla dziecka ubezpieczonego będącego inwalidą. Je déclare que, autant que je sache, tous les renseignements contenus dans la présente demande sont véridiques et complets. J'accepte d'informer Service 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 du pays qui est une Partie de l'Accord à donner à Service 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 <i>Loi sur la protection des renseignements personnels du Canada</i> et qu'ils peuvent être divulgués quand l'autorise le <i>Régime de pensions du Canada</i> . Oświadczam, że zgodnie z moją wiedzą wszystkie informacje zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą i pełne. Będę informować Service Canada o wszystkich zmianach mających wpływ na moje prawo do świadczeń. Upoważniam instytucję zabezpieczenia społecznego państwa będącego Stroną niniejszej Umowy do udostępniania Service Canada wszelkich informacji oraz posiadanych środków dowodowych, które mają lub mogą mieć związek z niniejszym wnioskiem o świadczenia. Ponadto przyjmuję do wiadomości, że informacje dotyczące moich danych osobowych są objęte ochroną kanadyjską <i>Ustawą o ochronie danych osobowych</i> i mogą być rozpowszechniane, o ile zezwala na to <i>System rentowy Kanady</i> .	<input type="checkbox"/> Par la présente, je demande des prestations d'enfant survivant. Niniejszym występuję o świadczenia dla dziecka pozostałego przy życiu			
Signature du demandeur Podpis wnioskodawcy ▶ _____	Date de la demande Data zgłoszenia wniosku Année Rok	Mois Miesiąc	Jour Dzień	Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional ou urbain) Numer telefonu (z numerem kierunkowym regionu lub miasta)

À L'USAGE EXCLUSIF DE L'ORGANISME DE LIAISON DU CANADA
WYŁĄCZNIE DO UŻYTKU KANADYJSKIEJ INSTYTUCJI ŁĄCZNIKOWEJ

Date de réception Année Mois Jour	En vigueur le Année Mois Jour	Date de paiement Année Mois Jour	Âge A B T <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Certifié par :	Date	Vérifié par :	Date



DÉCLARATION DE FRÉQUENTATION SCOLAIRE OU UNIVERSITAIRE
ÓŚWIADCZENIE O UCZĘSZCZANIU DO SZKOŁY LUB SZKOŁY WYŻSZEJ

SECTION A - À REMPLIR PAR L'ÉTUDIANT
CZĘŚĆ A- WYPEŁNIA UCZĄCY SIĘ

1. Numéro d'assurance sociale au Canada du cotisant Numer ubezpieczenia społecznego osoby ubezpieczonej w Kanadzie		Prénom du cotisant et initiale Imię i inicjał osoby ubezpieczonej		Nom de famille Nazwisko	
2. Votre numéro d'assurance sociale au Canada Twój numer ubezpieczenia społecznego w Kanadzie		Votre prénom et initiale Twoje Imię i inicjał		Nom de famille Nazwisko	
3. Adresse du domicile Adres domowy		Adresse du domicile (N°, rue, app., R.R.) Adres domowy (ulica i nr domu, nr mieszkania)		Ville Miasto	
		Province ou territoire Prowincja lub terytorium		Pays - si ce n'est pas le Canada Państwo - jeżeli nie jest to Kanada	
4. Adresse postale (Si elle diffère de l'adresse du domicile) Adres pocztowy (jeśli jest inny od domowego)		Adresse postale (N°, rue, app., R.R.) Adres pocztowy (ulica i nr domu, nr mieszkania)		Ville Miasto	
		Province ou territoire Prowincja lub terytorium		Pays - si ce n'est pas le Canada Państwo - jeżeli nie jest to Kanada	
5A. Numéro d'identité de l'étudiant Numer identyfikacyjny osoby uczącej się		5B. Nom de l'école, de l'université, du collège, du centre de formation, etc. Nazwa szkoły, szkoły wyższej, szkoły średniej, koledżu lub centrum kształcenia, itp.			
6A. Type d'inscription (Si le « Soir » ou « Autre », veuillez fournir une explication au numéro 8) Tryb kształcenia (Jeżeli odpowiedziałeś „wieczorowy” lub „inny”, należy wyjaśnić w punkcie nr 8.)		6B. Nombre de Cours Programowa liczba godzin kursów		6C. Inscrit(e) (Précisez cours, grade ou programme) Typ kształcenia (wyszczególnić kursy, klasę lub program)	
7A. Nombre d'heures de présence requises par semaine, selon le cours, le grade ou le programme. Programowa liczba godzin kursu danej klasy lub programu w tygodniu.		7B. Quand votre présente période de cours a-t-elle ou doit-elle commencer? Od jakiej daty rozpoczęła się nauka lub od jakiej daty powinna się rozpocząć ?		7C. Quand votre présente période de cours doit-elle se terminer? Od jakiej daty zakończyła się nauka lub od jakiej daty powinna się zakończyć ?	
Heures par semaine Godziny tygodniowo ▶		Année Rok		Mois Miesiąc	
8. Donner la durée et raison(s) pour toutes absences pendant votre année scolaire courante et précédente et ajouter tout détail additionnel par suite de la question 6A ci-dessus. Podać czas trwania i powód wszystkich nieobecności podczas obecnego i ubiegłego roku szkolnego oraz wszelkie dodatkowe wyjaśnienia wymagane w punkcie 6A..					
9. Avez-vous présenté une demande ou recevez-vous une prestation du RPC suite à l'invalidité ou le décès d'un cotisant non identifié au n° 1 ci-dessus? Czy składałeś już wniosek lub czy otrzymujesz zasiłek z Systemu rentowego Kanady z powodu inwalidztwa lub śmierci osoby ubezpieczonej nie wymienionej w punkcie 1 powyżej ?		Oui Tak ▶ Non Nie		Numéro d'assurance social au Canada de ce cotisant Numer kanadyjskiego ubezpieczenia społecznego tej osoby ubezpieczonej	

Numéro d'assurance sociale au Canada
Numer ubezpieczenia społecznego w Kanadzie

**C'EST UNE INFRACTION DE FAIRE, DANS LA PRÉSENTE, UNE DÉCLARATION FAUSSE OU TROMPEUSE
WSZELKIE FAŁSZYWE I WPROWADZAJĄCE W BŁĄD OŚWIADCZENIA ZAWARTE W NINIEJSZYM WNIOSKU STANOWIĄ
PRZESTĘPSTWO W ŚWIETLE PRAWA KANADYJSKIEGO**

Par les présentes, je déclare que, à ma connaissance, les renseignements contenus dans la présente déclaration sont vrais et complets. Si j'interromps mes cours ou cesse de fréquenter l'école ou l'université, je m'engage à en avertir Service Canada. En outre, j'autorise l'école ou l'université susmentionnée à donner à la Direction du Régime de pensions du Canada les renseignements relatifs à mon inscription et à ma fréquentation.

Oświadczam, że zgodnie z moją wiedzą i najlepszym przekonaniem wszystkie informacje zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą i są pełne. Jeżeli przerwę kursy lub przestanę uczęszczać do szkoły lub szkoły wyższej, zawiadomię o tym Service Canada. Upoważniam ww. szkołę lub szkołę wyższą do przekazywania Service Canada informacji dotyczących mojego zapisu do szkoły oraz mojego uczęszczania.

Date - Data	Signature de l'élève - Podpis uczącego się	Numéro de téléphone - Numer telefonu
-------------	--	--------------------------------------

**SECTION B - À REMPLIR PAR L'ÉCOLE OU L'UNIVERSITÉ
CZĘŚĆ B - WYPEŁNIA SZKOŁA LUB SZKOŁA WYŻSZA**

À notre connaissance, les réponses aux questions de la section A ci-dessus sont exactes sous réserve de l'observation suivante :
Zgodnie z moją wiedzą i najlepszym przekonaniem odpowiedzi w punktach części A są zgodne z prawdą, z zastrzeżeniem innych informacji podanych poniżej.

Commentaires additionnels :
Dodatkowe komentarze:

La charge de cours susmentionnée répond-elle à l'exigence minimale pour être considéré(e) comme étudiant(e) à plein temps à votre école ou université ou la dépasse-t-elle?
Czy wyżej podana ilość kursów spełnia lub przekracza minimum wymagań Twojej szkoły lub szkoły wyższej dla studentów/uczniów w pełnym wymiarze godzin?

Oui
Tak Non
Nie

Nom et adresse de l'école ou de l'université Nazwa i adres szkoły lub szkoły wyższej	Nom d'une personne autorisée - Nazwisko upoważnionej osoby
	Signature - Podpis
	Titre - Tytuł
	Date - Data Numéro de téléphone - Numer telefonu

Service Canada assure la prestation des programmes et des services de Ressources humaines et Développement des compétences Canada pour le gouvernement du Canada.

Service Canada zapewnia świadczenia w ramach programu i usług Human Resources and Skills Development Canada w imieniu rządu Kanady.