

**Application for Canadian Old Age, Retirement and Survivors benefits
under the Agreement on Social Security between Canada and the
Hellenic Republic**

GR - CAN 1

Personal Information Ba
HRSDC PPU 1

**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΚΑΝΑΔΙΚΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΓΗΡΑΤΟΣ, ΑΠΟΧΩΡΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΖΩΝΤΩΝ
ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗ ΣΥΜΒΑΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥ ΚΑΝΑΔΑ
ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ**

Τράπεζα Προσωπικών πληροφοριών
HRSDC PPU 1

In which language do you wish to receive your correspondence?

Σε ποιά γλώσσα θέλετε να σας γράφουμε;

English
Αγγλικά

French
Γαλλικά

Please:

Παρακαλώ:

- Read the enclosed guide
ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΤΟΝ ΕΣΩΚΛΕΙΣΤΟ ΟΔΗΓΟ
- Complete the unshaded areas only
ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΜΟΝΟ ΤΑ ΑΣΚΙΑΣΤΑ ΚΕΝΑ

**SECTION 1 - TO BE COMPLETED BY ALL APPLICANTS
ΤΜΗΜΑ 1 - ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΚΑΘΕ ΑΙΤΟΥΝΤΑ**

For use by the Greek
Social
security Institution only
ΓΙΑ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ ΑΠΟ
ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΚΟΙΝ. ΑΣΦ.

1. Social Insurance Numbers of the contributor or applicant for an Old Age Security Pension
ΑΡΙΘΜΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ Ή ΤΟΥ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΓΗΡΑΤΟΣ

Greek Social Security Number
Αριθμός Ελληνικής Κοινωνικής
Ασφάλισης

Name of Greek Insurance Scheme
Όνομασία Ελληνικού Ασφ. Ταμείου

Canadian Social Insurance Number
Αριθμός Καναδικής Κοινωνικής
Ασφάλισης

Date of receipt:
Ημερ. Παραλαβής:

2. Indicate the benefits for which you wish to apply and submit the required documentation.
Σημειώστε τις ζητούμενες παροχές και υποβάλετε τα απαιτούμενα δικαιολογητικά

**A. BENEFIT BASED ON RESIDENCE IN CANADA AFTER REACHING AGE 18:
ΠΑΡΟΧΕΣ ΒΑΣΙΖΟΜΕΝΕΣ ΣΤΗ ΔΙΑΜΟΝΗ ΣΤΟΝ ΚΑΝΑΔΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΤΩΝ 18 ΕΤΩΝ :**

Old Age Security Pension
ΣΥΝΤΑΞΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΓΗΡΑΤΟΣ

Complete: SECTIONS 1, 2, 3 and 7 - Συμπληρώστε: ΤΜΗΜΑΤΑ 1,2,3 και 7

Submit: - Υποβάλετε:

Indicate: - Σημειώστε:

Year Έτος	Month Μήνας	Day Ημέρα
--------------	----------------	--------------

- a Greek identity card or a birth certificate
Ελληνική ταυτότητα ή πιστοποιητικό γεννήσεως
- date of birth
ημερομηνία γεννήσεώς σας
- proof of the legal basis of your residence in Canada at the time of your departure (Canadian citizenship card, immigration papers, etc.) IF YOU WERE BORN IN CANADA AND LIVED THERE CONTINUOUSLY UNTIL YOUR DEPARTURE, THIS PROOF IS NOT REQUIRED.
αποδειξη της διαμονής σας στον κατά τη στιγμή της αναχώρησής σας (κάρτα καναδικής υπηκοότητας, έγγραφα μετανάστευσης κ.λ.π.) ΑΝ ΓΕΝΝΗΘΗΚΑΤΕ ΣΤΟΝ ΚΑΝΑΔΑ ΚΑΙ ΖΗΣΑΤΕ ΕΚΕΙ ΣΥΝΕΧΩΣ ΜΕΧΡΙ ΤΗΝ ΑΝΑΧΩΡΗΣΗ ΣΑΣ, Η ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΑΥΤΗ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ.
- proof of the dates of your entry into and of your departure from Canada (passports, visas, ship or airline tickets, etc.)
απόδειξη των ημερομηνιών εισόδου και εξόδου σας από τον Καναδά (διαβατήρια βίζα, εισιτήρια πλοίου ή αεροπλάνου κ.λ.π.)
- form CAN-GR 3 ("Certification of Residence in Greece")
έντυπο CAN-GR 3 ("Βεβαίωση διαμονής στην Ελλάδα")

Verified by:
Ελέγχθηκε από:

Attached
ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ

Attached
ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ

Attached
ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ

If you wish to apply for a Canada Pension Plan Disability Benefit, please complete form GR-CAN 1(D1) which is available on this website and from your social security office.

Αν θέλετε να υποβάλλετε αίτηση για Παροχή Αναπηρίας δυνάμει του Σχεδίου Σύνταξης Καναδά, παρακαλούμε να συμπληρώσετε το έντυπο GR-CAN 1(D1) που παρέχεται στην ιστοσελίδα μας και στο γραφείο κοινωνικής ασφάλισης σας.

Service Canada delivers Human Resources and Skills Development Canada programs and services for the Government of Canada.

Η Υπηρεσία Καναδά παρέχει προγράμματα Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού και Ικανοτήτων Καναδά και υπηρεσίες για την Κυβέρνηση του Καναδά.

Canadian Social Insurance Number
Αριθμός Καναδικής Κοινωνικής Ασφάλισης

**B. BENEFITS BASED ON CONTRIBUTIONS PAID TO THE CANADA PENSION PLAN SINCE
JANUARY 1966:**

**ΠΑΡΟΧΕΣ ΒΑΣΙΖΟΜΕΝΕΣ ΣΕ ΕΙΣΦΟΡΕΣ ΠΟΥ ΚΑΤΑΒΛΗΘΗΚΑΝ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ ΤΟΥ
ΚΑΝΑΔΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΑΝΟΥΑΡΙΟ ΤΟΥ 1966:**

For use by the Greek
Social
security Institution only

ΓΙΑ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΤΟ
ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΟΙΝ.
ΑΣΦ.

Retirement Pension
ΣΥΝΤΑΞΗ ΑΠΟΧΩΡΗΣΗΣ

Complete: SECTIONS 1, 2, 4 and 7

Συμπληρώστε: ΤΜΗΜΑΤΑ 1,2,4 και 7

Submit: - Υποβάλετε:

- a Greek identity card or a birth certificate
Ελληνική ταυτότητα ή πιστοποιητικό γεννήσεως

Indicate: - Σημειώστε:

- date of birth
ημερομηνία γεννήσεώς σας

Year Month Day
Έτος Μήνας Ημέρα

Verified by:
Ελέγχθηκε από:

Survivor's pension
ΣΥΝΤΑΞΗ ΕΠΙΖΩΝΤΟΣ ΣΥΖΥΓΟΥ

Surviving Child's Benefit
ΣΥΝΤΑΞΗ ΕΠΙΖΩΝΤΟΣ ΤΕΚΝΟΥ

Death Benefit
ΕΠΙΔΟΜΑ ΘΑΝΑΤΟΥ

Complete: SECTIONS 1, 2, 5, 6 (if necessary) and 7

Συμπληρώστε: ΤΜΗΜΑΤΑ 1,2,5,6 (εάν σας αφορά) και 7

Submit: - Υποβάλετε:

- a death certificate
πιστοποιητικό θανάτου

Indicate: - Σημειώστε:

- date of death
ημερομηνία θανάτου

Year Month Day
Έτος Μήνας Ημέρα

- a Greek identity card or a birth certificate for the deceased contributor
Ελληνική ταυτότητα ή πιστοποιητικό γεννήσεως του αποθανόντος ασφαλισμένου

- date of birth of the deceased contributor
ημερομηνία γεννήσεώς του αποθανόντος ασφαλισμένου

Year Month Day
Έτος Μήνας Ημέρα

- a Greek identity card or a birth certificate for the survivor and each dependent child
Ελληνική ταυτότητα ή πιστοποιητικό γεννήσεως του επιζώντος συζύγου και κάθε εξαρτώμενου τέκνου

- date of birth of the survivor
ημερομηνία γεννήσεώς του επιζώντος συζύγου

Year Month Day
Έτος Μήνας Ημέρα

- a marriage certificate
ληξιαρχική πράξη γάμου

- date of marriage
ημερομηνία γάμου

Year Month Day
Έτος Μήνας Ημέρα

* IF APPLYING FOR A DEATH BENEFIT ONLY, SUBMIT THE CONTRIBUTOR'S DEATH CERTIFICATE AND GREEK IDENTITY CARD OR BIRTH CERTIFICATE.

* Αν κάνετε αίτηση μόνο για επίδομα θανάτου, υποβάλλετε το πιστοποιητικό θανάτου του ασφαλισμένου και την ελληνική ταυτότητα ή πιστοποιητικό γεννήσεως.

Canadian Social Insurance Number
Αριθμός Καναδικής Κοινωνικής Ασφάλισης

SECTION 2 - GENERAL INFORMATION ABOUT THE CONTRIBUTOR OR APPLICANT FOR AN OLD AGE SECURITY PENSION
(To be completed in all cases.)

ΤΜΗΜΑ 2 - ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ Ή ΤΟΝ ΑΙΤΟΥΝΤΑ ΣΥΝΤΑΞΗ ΓΗΡΑΤΟΣ
(Συμπληρώνεται από κάθε αιτούντα)

3. <input type="checkbox"/> Male Αρρεν <input type="checkbox"/> Female Θήλυ											
4. Given Name and Initial και αρχικό μεσαίου ονόματος	Family Name Επώνυμο	Family Name at birth Ονοματεπώνυμο κατά τη γέννηση									
5. Address (No. and Street, Apt. No.) ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (Αρ. και οδός, αρ. διαμερίσματος)		City, Town or Village Πόλη-Κωμόπολη-Χωριό									
Province or Territory Επαρχία ή Έδαφος	Country (If other than Canada) Χώρα (αν όχι Καναδάς)	Postal Code Ταχ. Κώδικας									
7. Place of birth ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ		6. Mailing address ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ <input type="checkbox"/> Same as in question 5 or Ιδια μετηναφερόμενη στην ερώτηση 5 ή									
8. Name on Canadian Social Insurance Card: Ονοματεπώνυμο επί της Καναδικής Κάρτας Κοινωνικής Ασφάλισης <input type="checkbox"/> Same as in question 4 or Ιδια μετηναφερόμενη στην ερώτηση 4 ή											
9. Indicate periods of residence and/or periods of employment in a country other than Canada and Greece. Σημειώστε περιόδους διαμονής και/ή περιόδους απασχόλησης σε άλλη χώρα εκτός από Καναδά και Ελλάδα.											
Name of Country Χώρα	Social Insurance Number in that Country Αρ. Κοινωνικής Ασφάλισης σ' αυτή τη χώρα	Residence Διαμονή				Employment Απασχόληση				Has a benefit been requested? Ζητήσατε κάποια παροχή;	
		From ΑΠΟ		To ΕΩΣ		From ΑΠΟ		To ΕΩΣ		Yes Ναι	No Όχι
		Year Έτος	Month Μήνας	Year Έτος	Month Μήνας	Year Έτος	Month Μήνας	Year Έτος	Month Μήνας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Since January 1, 1966, have you or your spouse or common-law partner been eligible for Canadian Family Allowances or the Child Tax Benefit for a child born after December 31, 1958? Από την 1 Ιανουαρίου 1966 και μετά, δικαιούσασταν εσείς ή ο/η σύζυγος ή σύντροφός σας μεβάση το εθιμικό δίκαιο, το Καναδικό Οικογενειακό Επίδομα (Family Allowances) ή το Επίδομα Τέκνου (Child Tax Benefit) για παιδί που γεννήθηκε μετά τις 31 Δεκεμβρίου 1958;		Contributor Ασφαλισμένος <input type="checkbox"/> Yes Ναι <input type="checkbox"/> No Όχι	Spouse or common-law partner Σύζυγος, ή σύντροφός μεβάση το εθιμικό δίκαιο <input type="checkbox"/> Yes Ναι <input type="checkbox"/> No Όχι								
11A. Marital Status Οικογενειακή Κατάσταση <input type="checkbox"/> Single Αγαμος <input type="checkbox"/> Married Έγγαμος <input type="checkbox"/> Common-law Εξώγαμη συμβίωση <input type="checkbox"/> Separated Σε διάσταση <input type="checkbox"/> Divorced Διαζευγμένος <input type="checkbox"/> Surviving spouse or common-law partner Επιζών σύζυγος ή σύντροφος κοινού νόμου											
11B. Spouse's or common-law partner's full name ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΥΖΥΓΟΥ ΝΟΜΙΜΟΥ / ΚΟΙΝΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ		11C. Spouse's or common-law partner's date of birth ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΤΟΥ/ ΤΗΣ ΕΥΖΥΤΟΥ ΝΟΜΙΜΟΥ / ΚΟΙΝΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ		Year Έτος	Month Μήνας	Day Ημέρα					

Canadian Social Insurance Number
Αριθμός Καναδικής Κοινωνικής Ασφάλισης

SECTION 3 - TO BE COMPLETED WHEN APPLYING FOR AN OLD AGE SECURITY PENSION (Otherwise, proceed to SECTION 4.)
ΤΜΗΜΑ 3 - ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΖΗΤΑΤΕ ΣΥΝΤΑΞΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΓΗΡΑΤΟΣ (Αν όχι, προχωρήστε στο ΤΜΗΜΑ 4)

12. If born outside Canada, give date and place of entry into Canada.
AN ΓΕΝΝΗΘΗΚΑΤΕ ΕΚΤΟΣ ΚΑΝΑΔΑ, ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΑΙ ΤΟΠΟ ΕΙΣΟΔΟΥ ΣΤΟΝ ΚΑΝΑΔΑ

Year Έτος	Month Μήνας	Day Ημέρα	Place of entry ΤΟΠΟΣ ΕΙΣΟΔΟΥ
--------------	----------------	--------------	---------------------------------

13. Indicate the legal status of your residence in Canada at the time of your departure from Canada.
ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΚΑΘΕΣΤΩΣ ΤΗΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΣΑΣ ΣΤΟΝ ΚΑΝΑΔΑ ΤΗ ΣΤΙΓΜΗ ΤΗΣ ΑΝΑΧΩΡΗΣΗΣ ΣΑΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΑΝΑΔΑ.

Canadian Citizen
Καναδός πολίτης

Permanent resident
(formerly known as Landed Immigrant)
Μόνιμος κάτοικος
(γνωστός προηγουμένως ως Αφιχθείςτανάστης)

Temporary Resident Permit Holder
(formerly known as Minister's Permit)
Κάτοχος προσωρινής άδειας κατοίκησης
(γνωστή προηγουμένως ως Άδεια Υπουργού)

Other (please specify)
Άλλο (διευκρινίστε)

14. List the places where you have lived from birth to the present. do not include changes within the same city, town or village.
(If more space is needed, provide the information on a separate sheet of paper.)
ΑΠΑΡΙΘΜΗΣΤΕ ΤΙΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΟΠΟΥ ΚΑΤΟΙΚΗΣΑΤΕ ΑΠΟ ΤΗΝ ΓΕΝΝΗΣΗ ΣΑΣ ΜΕΧΡΙ ΣΗΜΕΡΑ. Μην περιλάβετε αλλαγές οίευθύνσεων εντός της ίδιας πόλης, κωμόπολης ή χωριού (αν χρειαστήτε περισσότερο χώρο, δώστε τις πληροφορίες σε ξεχωριστό φύλλο χαρτιού)

From - ΑΠΟ			To - ΕΩΣ			City Πόλη	Province or State Επαρχία ή Πολιτεία	Country Χώρα
Year Έτος	Month Μήνας	Day Ημέρα	Year Έτος	Month Μήνας	Day Ημέρα			

15. Give name, address and telephone number of two persons, not related to you by blood or marriage, with whom we can confirm the facts of your residence in Canada.
ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΤΟ ΕΠΩΝΥΜΟ, ΤΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΙ ΤΟΝ ΑΡΙΘΜΟ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ ΔΥΟ ΠΡΟΣΩΠΩΝ ΕΚΤΟΣ ΑΠΟ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΕΞ ΑΙΜΑΤΟΣ Ή ΑΙΧΙΣΤΕΙΑΣ, ΜΕ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΝΑ ΜΠΟΡΕΣΟΥΜΕ ΝΑ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΟΥΜΕ ΤΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΣΑΣ ΣΤΟΝ ΚΑΝΑΔΑ.

Name ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	Address ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	Telephone Number (including area, city or regional code) ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ (καθώς και του κωδικού αυτόματης κλήσης της περιοχής)

16. Are you considered a resident of Canada for tax purposes?
Θεωρείστε μόνιμος κάτοικος Καναδά όσον αφορά τη φορολογία

Yes
Ναι

No
Όχι

If no, is your net world income for the year 2011 less than \$67,668 in Canadian dollars? (See the guide for more information)
Αν όχι, το καθαρό σας εισόδημα για το 2011, από όλο τον κόσμο, είναι λιγότερο από \$ 67,668 σε Καναδικά δολάρια

Yes
Ναι

No
Όχι

Canadian Social Insurance Number
Αριθμός Καναδικής Κοινωνικής Ασφάλισης

SECTION 4 - TO BE COMPLETED WHEN APPLYING FOR A CANADA PENSION PLAN RETIREMENT PENSION
(Otherwise, proceed to SECTION 5.)

ΤΜΗΜΑ 4 - ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠ ΖΗΤΑΤΕ ΣΥΝΤΑΞΗ ΑΠΟΧΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ ΤΟΥ ΚΑΝΑΔΑ
(Αν όχι, προχωρήστε στο ΤΜΗΜΑ 5)

17A. When do you wish your retirement pension to begin?
ΠΟΤΕ ΕΠΙΘΥΜΕΙΤΕ Ν' ΑΡΧΙΣΕΙ Η ΠΛΗΡΩΜΗ ΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΑΠΟΧΩΡΗΣΗΣ ΣΑΣ;
Year Month OR
Έτος Μήνας Ο

 earliest month eligible
τον πρώτο μήνα του δικαιώματος

17B. If you are age 60 to 64 and contributing to the Canada Pension Plan, have you or will you have ceased or substantially ceased working prior to the date indicated in 17A?
ΑΝ ΕΙΣΤΕ ΑΠΟ 60 ΕΩΣ 65 ΣΤΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΕΙΣΦΕΡΕΤΕ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ ΤΟΥ ΚΑΝΑΔΑ, ΣΤΑΜΑΤΗΣΑΤΕ Ή ΘΑ ΣΤΑΜΑΤΗΣΕΤΕ ΝΑ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΠΛΗΡΩΣ Ή ΣΕ ΜΕΓΑΛΟ ΒΑΘΜΟ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΟΥ ΕΧΕΤΕ ΣΗΜΕΙΩΣΕΙ ΣΤΟ No.17A;
 Yes No
Ναι Όχι

If "yes", when did you or will you cease or substantially cease working?
ΑΝ "ΝΑΙ" ΠΟΤΕ ΣΤΑΜΑΤΗΣΑΤΕ ΉΘΑ ΣΤΑΜΑΤΗΣΕΤΕ ΝΑ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΠΛΗΡΩΣ ΉΣΕ ΜΕΓΑΛΟ ΒΑΘΜΟ;
Year Month
Έτος Μήνας

SECTION 5 - TO BE COMPLETED WHEN APPLYING FOR A SURVIVOR'S PENSION OR A DEATH BENEFIT
(Otherwise, proceed to SECTION 6.)

ΤΜΗΜΑ 5 - ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠ ΖΗΤΑΤΕ ΣΥΝΤΑΞΗ ΕΠΙΖΩΝΤΟΣ ΣΥΖΥΓΤΟΥ Ή ΕΠΙΔΟΜΑ ΘΑΝΑΤΟΥ
(Αν όχι, προχωρήστε στο ΤΜΗΜΑ 6)

A. GENERAL INFORMATION ABOUT THE APPLICANT
ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟΝ ΑΙΤΟΥΝΤΑ

18. Given Name and initial και αρχικό μεσαίου ονόματος	Family Name Επώνυμο	Family Name at Birth Ονοματεπώνυμοκατάτηγέννηση
19. Address (No. and Street, Apt. No.) ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (Αρ. και οδός, αρ. διαμερίσματος)	City, Town or Village ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (Αρ. και οδός, αρ. διαμερίσματος)	20. Mailing address ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ <input type="checkbox"/> Same as in question 19 or Ίδια μετηναφερόμενη στην ερώτηση 19
Province or Territory Επαρχία ή Έδαφος	Country (If other than Canada) Χώρα (αν όχι Καναδάς)	
21. Applicant's relationship to the deceased contributor ΣΥΓΓΕΝΙΚΟΣ ΔΕΣΜΟΣ ΤΟΥ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ ΜΕ ΤΟΝ ΑΠΟΘΑΝΟΝΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ		
22. Is there an executor, administrator or legal representative of the estate of the deceased? Υπάρχει εκτελεστής, διαχειριστής ή νομικός εκπρόσωπος της περιουσίας του θανάτου		
<input type="checkbox"/> Yes Ναι	if "yes", indicate whether: Α Ν "ΝΑΙ" ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΑΝ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ ΕΙΝΑΙ	<input type="checkbox"/> same as in questions 18 and 19 or Αυτό που αναφέρεται στις ερωτήσεις 18 και 19
<input type="checkbox"/> No Όχι		<input type="checkbox"/> as shown below ή αυτό που υποδεικνύεται παρακάτω
Given Name Όνομα	Family Name Επώνυμο	
Address (No. and Street, Apt. No.) ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (Αρ. και οδός, αρ. διαμερίσματος)	City, Town or Village ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (Αρ. και οδός, αρ. διαμερίσματος)	
Province or Territory Επαρχία ή Έδαφος	Country Χώρα	Postal Code Ταχ. Κώδικας

Canadian Social Insurance Number
Αριθμός Καναδικής Κοινωνικής Ασφάλισης

**B. INFORMATION ABOUT THE SURVIVOR
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟΝ ΕΠΙΖΩΝΤΑ ΣΥΖΥΓΟ**

23. Social Insurance Number in Canada ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦ/ΣΗΣ ΣΤΟΝ ΚΑΝΑΔΑ	24. Given Name and Initial και αρχικό μεσαιού ονόματος <input type="checkbox"/> Same as in question 18 or Το ίδιο μετοναφερόμενο στην ερώτηση 18 ή	Family Name Επώνυμο <input type="checkbox"/> Same as in question 18 or Το ίδιο μετοναφερόμενο στην ερώτηση 18 ή	Family name at birth Ονοματεπώνυμοκατάτηγέννηση <input type="checkbox"/> Same as in question 18 or Το ίδιο μετοναφερόμενο στην ερώτηση 18 ή
--	---	--	--

25. Are you disabled? Yes No
ΕΙΣΤΕ ΑΝΑΠΗΡΗ Ναι Όχι

26. At the time of the contributor's death, were you residing with him or her? ΤΗ ΣΤΙΓΜΗ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΤΟΥ(ΗΣ) ΑΣΦΑΛΙΣΜ'ΕΝΟΥ(ΗΣ), ΜΕΝΑΤΕ ΜΑΖΙ ΤΟΥ(ΗΣ) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	27. At the time of the contributor's death, were you married to him or her? ΤΗ ΣΤΙΓΜΗ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΤΟΥ(ΗΣ) ΑΣΦΑΛΙΣΜ'ΕΝΟΥ (ΗΣ), ΗΣΑΣΤΕ ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΗ(ΟΣ) ΜΕ ΑΥΤΟΝ(ΗΝ) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
--	---

28. If you were under age 45 at the time of the contributor's death, indicate if you were maintaining:
ΑΝ ΕΙΣΤΕ ΜΙΚΡΟΤΕΡΗ ΤΩΝ 45 ΕΤΩΝ, ΤΗ ΣΤΙΓΜΗ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΤΟΥ(ΗΣ) ΑΣΦΑΛΙΣΜ'ΕΝΟΥ(ΗΣ), ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΑΝ ΣΥΝΤΗΡΟΥΣΑΤΕ:

a) a child of the contributor under age 18. If the child was not in your custody and control, please explain the circumstances on a separate sheet of paper.
ένα παιδί του ασφ/νου ηλικίας κάτω των 18 ετών. Ατοπαιδιδενήτανυποτέγηφύλαξησας-
ούτευπότηνεπιβλεψήσας, εξηγήστε τις συνθήκες σ' ένα πρόσθετο φύλλο. Yes No
Ναι Όχι

b) a disabled child of the contributor age 18 or over.
ένα ανάπηρο παιδί του ασφ/νου ηλικίας από 18 ετών και πάνω. Yes No
Ναι Όχι

c) a child of the contributor age 18 to 25 in full-time attendance at school or university. If "YES", please indicate on a separate sheet of paper the child's name and birth date and the name of the school or university he or she is attending full-time.
ένα παιδί του ασφ/νου ηλικίας από 18 έως 25 ετών που φοιτά κανονικά σε σχολείο ή σε Πανεπιστήμιο.
Αν "Ναι" σημειώστε σ' ένα πρόσθετο φύλλο το ονοματεπώνυμο του παιδιού και την ημερομηνία της γέννησής του καθώς επίσης το όνομα του σχολείου ή του Πανεπιστημίου που φοιτά κανονικά. Yes No
Ναι Όχι

29. If "yes" to any of the questions in 28, have you maintained the child from the time of the contributor's death to the present?
ΑΝ "ΝΑΙ" ΣΕ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΑΠΟ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ 28, ΣΥΝΤΗΡΗΣΑΤΕ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΑΠΟ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ ΤΟΥ ΑΣΦ/ΝΟΥ ΜΕΧΡΙ ΤΩΡΑ; Yes No
Ναι Όχι

SECTION 6 - TO BE COMPLETED WHEN APPLYING FOR A SURVIVING CHILD'S BENEFIT (Otherwise, proceed to SECTION 7.)
Questions 31 and 32 to be completed only when the applicant is not the person named in question 18.
ΤΜΗΜΑ 6 - ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠ ΖΗΤΑΤΕ ΣΥΝΤΑΞΗ ΕΠΙΖΩΝΤΟΣ ΤΕΚΝΟΥ (Αν όχι, προχωρήστε στο ΤΜΗΜΑ 7).
Οι ερωτήσεις 31 και 32 πρέπει να συμπληρωθούν μόνο όταν ο αιτών δεν είναι το πρόσωπο που αναφέρεται στη ερώτηση 18.

30. Full name of child ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ	Date of Birth ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ			For use by the Greek Social security Institution only ΓΙΑ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΟΙΝ. ΑΣΦ. Verified by : Ελέγχθηκε από:
	Year Έτος	Month Μήνας	Day Ημέρα	

31. Given Name and Initial - και αρχικό μεσαιού ονόματος **Family Name - Επώνυμο**

32. Address (No. and Street, Apt. No.) - ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (Αρ. και οδός, αρ. διαμερίσματος) **City, Town or Village - Πόλη-Κωμόπολη-Χωριό**

Province or Territory - Επαρχία ή Έδαφος Country - Χώρα Postal Code - Ταχ. Κώδικας

Canadian Social Insurance Number
Αριθμός Καναδικής Κοινωνικής Ασφάλισης

SECTION 7 - TO BE SIGNED BY THE APPLICANT AND, IF APPLICANT SIGNS WITH MARK, BY A WITNESS.
NOTE: If you are applying on behalf of the applicant, indicate on a separate sheet of paper your full name and address and the reason you are making this application.

ΤΜΗΜΑ 7 - ΥΠΟΓΡΑΦΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΙΤΟΥΝΤΑ ΚΑΙ, ΑΝ Ο ΑΙΤΩΝ ΥΠΟΓΡΑΦΕΙ ΜΕ ΕΝΑ ΣΗΜΕΙΟ, ΑΠΟ ΜΑΡΤΥΡΑ
ΣΗΜ: Εάν κάνετε αίτηση για λογαριασμό του αιτούντος, αναφέρατε σ'ένα ξεχωριστό φύλλο χάρτου το ονοματεπώνυμο και τη διεύθυνσή σας, και το λόγο για τον οποίο κάνατε αυτή την αίτηση.

33. Declaration of Applicant - ΔΗΛΩΣΗ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

I declare that, to the best of my knowledge, the information given in this application is true and complete. I authorize the competent institution of Greece to furnish to Service Canada all the information and evidence in its possession which relate or could relate to this application for benefits. In addition, I realize that my personal information governed by the *Privacy Act of Canada* may be disclosed where authorized under the *Old Age Security Act* or the *Canada Pension Plan*.

Δηλώνω ότι, από όσο γνωρίζω, οι παρεχόμενες πληροφορίες στην παρούσα αίτηση είναι αληθείς και πλήρεις. Επιτρέπω στον αρμόδιο φορέα της Ελλάδας, να διαβιβάσει στην Υπηρεσία Καναδά όλες τις πληροφορίες και ενδείξεις που έχει στη διάθεσή του, που έχουν σχέση ή θα μπορούσαν να έχουν σχέση με την παρούσα αίτηση για τη χορήγηση επιδομάτων. Επιπλέον, κατανοώ ότι προσωπικές μου πληροφορίες που προστατεύονται από το Νόμο Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων του Καναδά μπορεί να αποκαλυφθούν όταν επιτρέπεται δυνάμει του Σχεδίου Σύνταξης Καναδά.

NOTE: If you make a false or misleading statement, you may be subject to an administrative monetary penalty and interest, if any, under the *Canada Pension Plan* or the *Old Age Security Act*, or may be charged with an offence. Any benefits you received or obtained to which there was no entitlement would have to be repaid.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Αν κάνετε λανθασμένη ή παραπλανητική δήλωση, μπορεί να υποστείτε διοικητική χρηματική ποινική ρήτρα και τόκο, αν ισχύει θέμα τόκου, δυνάμει του Σχεδίου Σύνταξης Καναδά, ή μπορεί να κατηγορηθείτε για παραβίαση. Όσα επιδόματα έχετε δεχθεί ή λάβει χωρίς να τα δικαιούστε, θα πρέπει να επιστραφούν.

Signature of applicant

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Note: Signature by mark is acceptable if witnessed by any responsible person who must complete the declaration opposite.

ΣΗΜ: Υπογραφή δια σημείου είναι αποδεκτή εφόσον παρέστη ως μάρτυρας υπεύθυνος που πρέπει να συμπληρώσει τη δήλωση παραπλεύρως.

Declaration of witness
ΔΗΛΩΣΗ ΜΑΡΤΥΡΑ

I read the contents of this application to the applicant who appeared to fully understand and who made his or her mark in my presence.

Εδιάβασα το περιεχόμενο αυτής της αίτησης στον αιτούντα, ο οποίος φάνηκε να καταλαβαίνει πλήρως και ο οποίος έκανε το σημείο του τη παρουσία μου.

Signature of Witness
Υπογραφή Μάρτυρα

Name of Witness (Please print)
Όνομα Μάρτυρα (Παρακαλώ με κεφαλαία)

Address of Witness
Όνομα Μάρτυρα

Date of Application

Ημερομηνία Αίτησης

Year Month Day

Έτος Μήνας Ημέρα

Telephone Number

(including area, city or regional code)

Αριθμός Τηλεφώνου

(συμπερ. τοπικό, αστικό ή περιφ. κώδικα)

TO BE COMPLETED BY THE LIAISON AGENCY IN CANADA
ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ ΤΟΥ ΚΑΝΑΔΑ

Eligibility Date - OAS Year Month Day	Eligibility Date - CPP Year Month Day	Date of receipt Year Month Day	Age A B T <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Residence Status X Y Z O <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Payment Date - OAS Year Month Day	Payment Date - CPP Year Month Day	Elective Date Year Month Day	Residence (Transitional Rules) 3 (1) (b) 3 (1) (c)	Residence 3 (1.1)
Aggregate	I certify that the applicant is eligible to receive the benefit(s) indicated as of the date(s) shown and that the benefit(s) is (are) payable under the provisions of the <i>Old Age Security Act</i> or the <i>Canada Pension Plan</i> .			
Rounded Down	Certified by:		Date	
	Verified by:		Date	