

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 HELLÉNIQUE
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΕΣ ΤΕΚΝΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ ΤΟΥ ΚΑΝΑΔΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗ ΣΥΜΒΑΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥ ΚΑΝΑΔΑ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

- PRESTATIONS POUR ENFANTS DE 18 À 25 ANS FRÉQUENTANT L'ÉCOLE OU L'UNIVERSITÉ À PLEIN TEMPS.
- LA « DÉCLARATION DE FRÉQUENTATION SCOLAIRE OU UNIVERSITAIRE » FIGURANT AU VERSO DOIT ÊTRE REMPLIE POUR ÉTAYER LA PRÉSENTE DEMANDE.
- ΕΠΙΔΟΜΑ ΓΙΑ ΤΕΚΝΟ ΑΠΟ 18 ΕΩΣ 25 ΕΤΩΝ ΠΟΥ ΦΟΙΤΑ ΚΑΝΟΝΙΚΑ ΣΕ ΣΧΟΛΗ Ή ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ.
- Η "ΔΗΛΩΣΗ ΦΟΙΤΗΣΗΣ ΣΕ ΣΧΟΛΕΙΟ Ή ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ" ΣΤΗΝ ΠΙΣΩ ΣΕΛΙΔΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΠΡΟΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΥΤΗΣ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ.

Fichier de renseignements personnels
DRHC PPU 175
Τράπεζα Προσωπικών πληροφοριών DRHC PPU 175
Quelle langue préférez-vous utiliser pour la correspondance?
Σε ποιά γλώσσα θέλετε να σας γράφουμε; ☐ Français ☐ Anglais
☐ Γαλλικά ☐ Αγγλικά

SECTION A - RENSEIGNEMENTS SUR LE (LA) COTISANT(E) ΤΜΗΜΑ Α - ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ(ΗΝ) ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ(Η)		À L'USAGE EXCLUSIF DE L'INSTITUTION DE SÉCURITÉ SOCIALE DE LA GRÈCE ΓΙΑ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΤΟ ΕΛΛΗΝ. ΙΔΡΥΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ Date de réception : ημερ. παραλαβής
1A. NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE DU (DE LA) COTISANT(E) AU CANADA ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΑΝΑΔΙΚΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΦ/ΝΟΥ	1B. SEXE - ΦΥΛΟ ☐ HOMME APPEN ☐ FEMME ΘΗΛΥ	
2. ☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle ☐ Md Κος Κα Δις Δις PRÉNOM - ONOMA INITIAL - ΑΡΧΙΚΑ NOM DE FAMILLE - ΕΠΩΝΥΜΟ		
3. ADRESSE DU (DE LA) COTISANT(E) (n°, rue, app.) - Δ/ΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ (Αριθμός, Οδός, Αρ. Διαμερ/τος)		
Code postal - Ταχ. Κώδικας Ville ou Village - Πόλη-Κωμόπολη-Χωριό Pays - Χώρα		

SECTION B - RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT DU (DE LA) COTISANT(E) - ΤΜΗΜΑ Β - ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕ ΤΟ ΤΕΚΝΟ ΤΟΥ ΑΣΦ/ΝΟΥ	
4A. NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE DE L'ENFANT AU CANADA ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΑΝΑΔΙΚΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΤΟΥ ΤΕΚΝΟΥ	4B. SEXE - ΦΥΛΟ ☐ GARÇON APPEN ☐ FILLE ΘΗΛΥ
5. ☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle ☐ Md Κος Κα Δις Δις PRÉNOM - ONOMA INITIAL - ΑΡΧΙΚΑ NOM DE FAMILLE - ΕΠΩΝΥΜΟ	
6. ADRESSE DU DOMICILE (n°, rue, app.) - Δ/ΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ (Αριθμός, Οδός, Αρ. Διαμερ/τος)	
Code postal - Ταχ. Κώδικας Ville ou Village - Πόλη-Κωμόπολη-Χωριό Pays - Χώρα	
7. ADRESSE POSTALE (n°, rue, app.) TAX. Δ/ΣΗ (Αριθμός, Οδός, Αρ. Διαμερ/τος) ☐ même adresse qu'à la question 6 ou ☐ ίδια με την αναφερόμενη στην ερώτηση 6 ή	
Code postal - Ταχ. Κώδικας Ville ou Village - Πόλη-Κωμόπολη-Χωριό Pays - Χώρα	
8. DATE DE NAISSANCE - ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ (veuillez fournir une carte d'identité de la Grèce, un acte de naissance ou un extrait de baptême) (παρακαλούμε να υποβάλετε ελληνική ταυτότητα, πιστοποιητικό γέννησης ή βάπτισμα)	Année Mois Jour Έτος Μήνας Ημέρα
9A. AVEZ-VOUS DÉJÀ DEMANDÉ OU REÇU DES PRESTATIONS DES ORGANISMES SUIVANTS? ΕΧΕΤΕ ΠΟΤΕ ΖΗΤΗΣΕΙ Ή ΛΑΒΕΙ ΠΑΡΟΧΗ ΑΠΟ: Régime de pensions du Canada Σύστημα Συντάξεων του Καναδά Régime de rentes du Québec Σύστημα Συντάξεων του Κεμπέκ	
☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non	
9B. SI « OUI », INDIQUEZ LE NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE QUI A ÉTÉ UTILISÉ EAN "ΝΑΙ", ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΤΟΝ ΑΡΙΘΜΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	
10. ÊTES-VOUS L'ENFANT NATUREL DU (DE LA) COTISANT(E) OU UN ENFANT LÉGALEMENT ADOPTÉ? ΕΙΣΤΕ ΦΥΣΙΚΟ Ή ΝΟΜΙΜΑ ΥΙΟΘΕΤΗΜΕΝΟ ΤΕΚΝΟ ΤΟΥ ΑΣΦ/ΝΟΥ; ☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non	
SI VOUS AVEZ ÉTÉ ADOPTÉ(E), PRÉCISEZ À QUELLE DATE EAN ΝΟΜΙΜΑ ΥΙΟΘΕΤΗΜΕΝΟ ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΙΟΘΕΣΙΑΣ	
Année Mois Jour Έτος Μήνας Ημέρα	

TOUTE DÉCLARATION FAUSSE OU TROMPEUSE FAITE DANS LA PRÉSENTE DEMANDE CONSTITUE UNE INFRACTION AUX TERMES DE LA LOI CANADIENNE
ΚΑΘΕ ΨΕΥΔΗΣ Ή ΔΟΛΙΑ ΔΗΛΩΣΗ Σ'ΑΥΤΗ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΑΔΙΚΗΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΑΝΑΔΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

SECTION C - DÉCLARATION DE L'ENFANT - ΤΜΗΜΑ C - ΔΗΛΩΣΗ ΤΟΥ ΤΕΚΝΟΥ	
11. ☐ Par la présente, je demande des prestations d'enfant de cotisant invalide. Me την παρούσα ζητώ Επίδομα για Τέκνο Αναπήρου Ασφαλισμένου	☐ Par la présente, je demande des prestations d'orphelin. Me την παρούσα ζητώ Επίδομα Ορφανού
Je déclare que, autant que je sache, tous les renseignements contenus dans la présente demande 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 compétente de la Grèce 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. Ανθρώπινου Δυναμικού του Καναδά για οποιοδήποτε αλλαγές περιστάσεων που μπορεί να επηρεάσουν το δικαίωμά μου για παροχές. Εξουσιοδοτώ το αρμόδιο ίδρυμα της Ελλάδας να δώσει στο Υπουργείο Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού του Καναδά όλες τις πληροφορίες και στοιχεία στη διάθεσή του που έχουν ή μπορεί να έχουν σχέση με αυτή την αίτηση για παροχές.	
SIGNATURE DU (DE LA) REQUÉRANT(E) - ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ(ΣΑΣ)	
DATE DE LA DEMANDE ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΙΤΗΣΗΣ	
Année Mois Jour Έτος Μήνας Ημέρα	
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (y compris l'indicatif régional ou urbain) ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ (συμπερ. τοπικό, αστικό ή περιφ. κώδικα)	
[]	

À L'USAGE EXCLUSIF DE L'ORGANISME DE LIAISON DU CANADA - ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ ΤΟΥ ΚΑΝΑΔΑ											
Date de réception Année Mois Jour			En vigueur le Année Mois Jour			Date de paiement Année Mois Jour			Âge A B T		
Certifié par :			Date			Vérifié par :			Date		

DÉCLARATION DE FRÉQUENTATION SCOLAIRE OU UNIVERSITAIRE
ΔΗΛΩΣΗ ΦΟΙΤΗΣΗΣ ΣΕ ΣΧΟΛΕΙΟ Ή ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ12. NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE DU (DE LA) COTISANT(E)
ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΑΝΑΔΙΚΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΤΟΥ
ΑΣΦ/ΝΟΥ

SECTION D - À REMPLIR PAR L'ÉTUDIANT(E) - ΤΜΗΜΑ Δ - ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΣΠΟΥΔΑΣΤΗ

13. NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE DE L'ÉTUDIANT(E) AU CANADA
ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΑΝΑΔΙΚΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΤΟΥ ΣΠΟΥΔΑΣΤΗ

PRÉNOM - ΟΝΟΜΑ

NOM DE FAMILLE - ΕΠΩΝΥΜΟ

14. ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT (Nom de l'école, de l'université, du collège ou du centre de formation)
ΕΓΓΕΓΡΑΜΜΕΝΟΣ ΩΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ (Όνομα Σχολής, Παν/μίου, Κολλεγίου, μικρού Κολλεγίου, Εκπ. Κέντρου)

15A. TYPE D'INSCRIPTION - ΕΙΔΟΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

☐ PLEIN TEMPS
ΠΛΗΡΗΣ ΦΟΙΤΗΣΗ☐ SOIR
ΒΡΑΔΥΝΗ ΦΟΙΤΗΣΗ☐ AUTRE
ΑΛΛΟSi vous avez répondu « **SOIR** » ou
« **AUTRE** », veuillez expliquer au n° 17.
Εάν απαντήσατε "βραδυνη φοιτηση" ή
"αλλο", παρακαλώ εξηγήστε στο 17
παρακάτω.15B. SECTEUR D'ÉTUDES (cours, niveau ou faculté)
ΕΓΓΕΓΡΑΜΜΕΝΟΣ ΣΕ (Διευκρινίστε σειρά
μαθ., Τάξη ή Σχολή)

16A. HEURES DE PRÉSENCE REQUISES

POUR LE COURS, LE NIVEAU OU LA FACULTÉ.
ΣΥΝΟΛΟ ΩΡΩΝ ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΩΣ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ
ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗ ΣΕΤΕ ΣΤΟ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΤΜΗΜΑ,
ΤΑΞΗ Ή ΣΧΟΛΗ.(Heures par semaine)
(Ωρες εβδομαδιαίως) ▶16B. QUAND LA PÉRIODE DE COURS A-T-ELLE
COMMENCÉ OU DOIT-ELLE COMMENCER?
ΠΟΤΕ ΑΡΧΙΣΕ Ή Θ' ΑΡΧΙΣΕΙ Η ΦΟΙΤΗΣΗ ΣΑΣ:Année Mois
Έτος Μήνας16C. QUAND LA PÉRIODE DE COURS S'EST-ELLE
TERMINÉE OU DOIT-ELLE SE TERMINER?
ΠΟΤΕ ΤΕΛΕΙΩΣΕ Ή ΘΑ ΤΕΛΕΙΩΣΕΙ Η ΦΟΙΤΗΣΗ ΣΑΣ:Année Mois
Έτος Μήνας17. REMARQUES (Donnez la durée et la raison de toute absence pendant l'année scolaire indiquée ci-dessus et, le cas échéant, les explications demandées à la question 15A).
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: (Αναφέρατε διάρκεια και λόγους της όποιας απουσίας σας κατά τη διάρκεια του ανωτέρω ακαδημαϊκού έτους και οποιαδήποτε επιπρόσθετη
εξήγηση σχετική με την παραπάνω ερώτηση 15Α).TOUTE DÉCLARATION FAUSSE OU TROMPEUSE FAITE DANS LA PRÉSENTE DEMANDE CONSTITUE
UNE INFRACTION AUX TERMES DE LA LOI CANADIENNE

ΚΑΘΕ ΨΕΥΔΗΣ Ή ΔΟΛΙΑ ΔΗΛΩΣΗ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΑΙΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΑΔΙΚΗΜΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΝΑΔΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

Par la présente, je déclare que, autant que je sache, tous les renseignements contenus dans la présente demande sont véridiques et complets. SI J'INTERROMPS MES
COURS OU SI JE CESSE D'ALLER À L'ÉCOLE OU À L'UNIVERSITÉ, J'EN AVISERAI DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES CANADA.
J'autorise l'école ou l'université susmentionnée à donner à Développement des ressources humaines Canada tous les renseignements relatifs à mon inscription et à ma
présence.Με την παρούσα δηλώνω ότι, καθ'όσον γνωρίζω και πιστεύω, οι πληροφορίες στην παρούσα δήλωση είναι αληθείς και πλήρεις. ΑΝΑΛΑΜΒΑΝΩ ΤΗΝ
ΥΠΟΧΡΕΩΣΗ ΝΑ ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΩ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΑΝ ΤΥΧΟΝ ΔΙΑΚΟΨΩ Ή ΤΕΡΜΑΤΙΣΩ ΤΗ ΦΟΙΤΗΣΗ
ΜΟΥ ΣΕ ΣΧΟΛΗ Ή ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ. Με την παρούσα εξουσιοδοτώ τη ανωτέρω Σχολή ή Πανεπιστήμιο να δώσει στην Υπηρεσία Ανάπτυξης Ανθρώπινου
Δυναμικού κάθε πληροφορία σχετικά με την εγγραφή και φοίτηση μου.SIGNATURE DE L'ÉTUDIANT(E)
ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΠΟΥΔΑΣΤΗDATE DE LA DEMANDE
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΙΤΗΣΗΣAnnée Mois Jour
Έτος Μήνας ΗμέραNUMÉRO DE TÉLÉPHONE (y compris l'indicatif régional ou
urbain)
ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ (συμπερ. τοπικό, αστικό και
περιφ. κώδικα)

[]

SECTION E - À ÊTRE VÉRIFIÉ PAR L'INSTITUTION COMPÉTENTE DE LA GRÈCE
ΤΜΗΜΑ Ε - ΠΡΟΣ ΕΛΕΓΧΟ ΑΠΟ ΤΟ ΑΡΜΟΔΙΟ ΙΔΡΥΜΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣÀ MA CONNAISSANCE, LES RÉPONSES AUX QUESTIONS DE LA SECTION D SONT EXACTES, SAUF INDICATION CONTRAIRE FOURNIE CI-DESSOUS
ΚΑΘ'ΟΣΟΝ ΓΝΩΡΙΖΩ ΚΑΙ ΠΙΣΤΕΥΩ, ΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ Δ ΑΝΩΤΕΡΩ ΕΙΝΑΙ ΣΩΣΤΕΣ ΕΚΤΟΣ ΕΑΝ ΑΛΛΩΣ ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΚΑΤΩΤΕΡΩNOM ET ADRESSE DE L'ÉCOLE OU L'UNIVERSITÉ
ΟΝΟΜΑ ΚΑΙ Δ/ΣΗ ΤΗΣ ΣΧΟΛΗΣ Ή ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ

NOM DE LA PERSONNE AUTORISÉ - ΟΝΟΜΑ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΜΕΝΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ

SIGNATURE - ΥΠΟΓΡΑΦΗ

TITRE - ΤΙΤΛΟΣ

DATE - ΗΜΕΡΟ-ΜΗΝΙΑ
Année Mois Jour
Έτος Μήνας ΗμέραNUMÉRO DE TÉLÉPHONE (y compris l'indicatif régional ou
urbain)
ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ (Συμπερ. τοπικό, αστικό ή περιφ. κώδικα)
[]