



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

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΚΑΝΑΔΙΚΗ ΣΥΝΤΑΞΗ ΓΗΡΑΤΟΣ, ΑΠΟΧΩΡΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΖΩΝΤΩΝ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗ ΣΥΜΒΑΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥ ΚΑΝΑΔΑ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

<p>In which language do you wish to receive your correspondence? ΣΕ ΠΟΙΑ ΓΛΩΣΣΑ ΘΕΛΕΤΕ ΝΑ ΣΑΣ ΓΡΑΦΟΥΜΕ; English French ΑΓΓΛΙΚΑ <input type="radio"/> ΓΑΛΛΙΚΑ <input type="radio"/></p>	<p>Please: ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ:</p>	<p>- Read the enclosed guide ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΤΟΝ ΕΣΩΚΛΕΙΣΤΟ ΟΔΗΓΟ - Complete the unshaded areas only ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΜΟΝΟ ΤΑ ΧΩΡΙΣ ΣΚΙΑΣΗ ΠΕΔΙΑ</p>						
<p>SECTION 1 - TO BE COMPLETED BY ALL APPLICANTS ΤΜΗΜΑ 1 - ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΚΑΘΕ ΑΙΤΟΥΝΤΑ</p>			<p>For use by the Social Security Institution of Greece only ΓΙΑ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΟΙΝ. ΑΣΦ.</p> <p>Date of receipt: ΗΜΕΡ. ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ:</p> <p>Verified by: ΕΛΕΓΧΘΗΚΕ ΑΠΟ:</p> <p><input type="checkbox"/> Attached ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ</p> <p><input type="checkbox"/> Attached ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ</p>					
<p>1. Social Security Numbers of the contributor or applicant for an Old Age Security Pension ΑΡΙΘΜΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ Η ' ΤΟΥ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ ΣΥΝΤΑΞΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΓΗΡΑΤΟΣ</p> <table border="0"> <tr> <td>Greek Social Security Number ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ</td> <td>Name of Greek Insurance Scheme ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΑΣΦ. ΤΑΜΕΙΟΥ</td> <td>Canadian Social Insurance Number ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΑΝΑΔΙΚΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ</td> </tr> </table>				Greek Social Security Number ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	Name of Greek Insurance Scheme ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΑΣΦ. ΤΑΜΕΙΟΥ	Canadian Social Insurance Number ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΑΝΑΔΙΚΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ		
Greek Social Security Number ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	Name of Greek Insurance Scheme ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΑΣΦ. ΤΑΜΕΙΟΥ	Canadian Social Insurance Number ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΑΝΑΔΙΚΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ						
<p>2. Indicate the benefits for which you wish to apply and submit the required documentation. ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΤΙΣ ΖΗΤΟΥΜΕΝΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ & ΥΠΟΒΑΛΕΤΕ ΤΑ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ.</p>								
<p>A. BENEFIT BASED ON RESIDENCE IN CANADA AFTER REACHING AGE 18: ΠΑΡΟΧΕΣ ΒΑΣΙΖΟΜΕΝΕΣ ΣΤΗ ΔΙΑΜΟΝΗ ΣΤΟΝ ΚΑΝΑΔΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΤΩΝ 18 ΕΤΩΝ:</p>								
<p><input type="checkbox"/> Old Age Security Pension ΣΥΝΤΑΞΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΓΗΡΑΤΟΣ</p> <p>Complete: Sections 1, 2, 3 and 7 ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ: ΤΜΗΜΑΤΑ 1,2,3 και 7</p> <table border="0"> <tr> <td>Submit: - ΥΠΟΒΑΛΕΤΕ :</td> <td>Indicate: ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ:</td> <td>Year Month Day</td> </tr> <tr> <td>- a Greek identity card or a birth certificate ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ Η' ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ</td> <td>- date of birth ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ ΣΑΣ</td> <td>ΈΤΟΣ ΜΗΝΑΣ ΗΜΕΡΑ</td> </tr> </table> <p>- proof of the legal status 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 ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΣΑΣ ΣΤΟΝ ΚΑΝΑΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΣΤΙΓΜΗ ΤΗΣ ΑΝΑΧΩΡΗΣΗΣ ΣΑΣ (ΚΑΡΤΑ ΚΑΝΑΔΙΚΗΣ ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑΣ, ΈΓΓΡΑΦΑ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ κ.λ.π.) ΑΝ ΓΕΝΝΗΘΗΚΑΤΕ ΣΤΟΝ ΚΑΝΑΔΑ ΚΑΙ ΖΗΣΑΤΕ ΕΚΕΙ ΣΥΝΕΧΩΣ ΜΕΧΡΙ ΤΗΝ ΑΝΑΧΩΡΗΣΗ ΣΑΣ. Η ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΑΥΤΗ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ.</p> <p>- proof of the dates of your entry into and your departure from Canada (passports, visas, ship or airline tickets, etc.) ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΤΩΝ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΩΝ ΕΙΣΟΔΟΥ ΚΑΙ ΕΞΟΔΟΥ ΣΑΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΑΝΑΔΑ (ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΑ, ΒΙΖΑ, ΕΙΣΙΤΗΡΙΑ ΠΛΟΙΟΥ Η' ΑΕΡΟΠΛΑΝΟΥ κ.λ.π.)</p> <p>- form CAN-GR 3 ("Certification of Residence in Greece") ΈΝΤΥΠΟ CAN-GR3 ("ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ")</p>			Submit: - ΥΠΟΒΑΛΕΤΕ :	Indicate: ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ:	Year Month Day	- a Greek identity card or a birth certificate ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ Η' ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ	- date of birth ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ ΣΑΣ	ΈΤΟΣ ΜΗΝΑΣ ΗΜΕΡΑ
Submit: - ΥΠΟΒΑΛΕΤΕ :	Indicate: ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ:	Year Month Day						
- a Greek identity card or a birth certificate ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ Η' ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ	- date of birth ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ ΣΑΣ	ΈΤΟΣ ΜΗΝΑΣ ΗΜΕΡΑ						

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:

Verified by:

ΕΛΕΓΧΘΗΚΕ ΑΠΟ:

Retirement Pension ΣΥΝΤΑΞΗ ΑΠΟΧΩΡΗΣΗΣ

Complete: Sections 1, 2, 4 and 7 ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ: ΤΜΗΜΑΤΑ 1,2,4 και 7

Submit: - ΥΠΟΒΑΛΕΤΕ:

Indicate: - ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ:

- Greek identity card or a birth Certificate

- date of birth

Year Month Day

ΈΤΟΣ ΜΗΝΑΣ ΗΜΕΡΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ Η' ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ
ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ ΣΑΣ

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

ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ: ΤΜΗΜΑΤΑ 1,2,5,6 (ΕΑΝ ΣΑΣ ΑΦΟΡΑ) & 7

Submit*: - ΥΠΟΒΑΛΕΤΕ:

Indicate: - ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ:

- a death certificate

- date of death

Year Month Day

ΈΤΟΣ ΜΗΝΑΣ ΗΜΕΡΑ

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΘΑΝΑΤΟΥ

ΗΜ/ΝΑΙ ΘΑΝΑΤΟΥ

- a Greek identity card or a birth certificate for the deceased contributor

- date of birth of the deceased contributor

Year Month Day

ΈΤΟΣ ΜΗΝΑΣ ΗΜΕΡΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ Η' ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ
ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ ΤΟΥ ΑΠΟΘΑΝΟΝΤΟΣ
ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ

ΤΟΥ ΑΠΟΘΑΝΟΝΤΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

- a Greek identity card or a birth certificate for the survivor and each dependent child

- date of birth of the survivor

Year Month Day

ΈΤΟΣ ΜΗΝΑΣ ΗΜΕΡΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ Η' ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ
ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ ΤΟΥ ΕΠΙΖΩΝΤΟΣ ΣΥΖΥΓΟΥ ΚΑΙ
ΚΑΘΕ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟΥ ΤΕΚΝΟΥ

ΗΜ/ΝΑΙ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ

ΤΟΥ ΕΠΙΖΩΝΤΟΣ ΣΥΖΥΓΟΥ

- a marriage certificate

- date of marriage

Year Month Day

ΈΤΟΣ ΜΗΝΑΣ ΗΜΕΡΑ

ΛΗΞΙΑΡΧΙΚΗ ΠΡΑΞΗ ΓΑΜΟΥ

ΗΜ/ΝΑΙ ΓΑΜΟΥ

***If applying for a Death Benefit only, submit the contributor's death and birth certificates only.**

ΑΝ ΚΑΝΕΤΕ ΑΙΤΗΣΗ ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΕΠΙΔΟΜΑ ΘΑΝΑΤΟΥ, ΥΠΟΒΑΛΕΤΕ ΤΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΘΑΝΑΤΟΥ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΚΑΙ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ ΜΟΝΟ.

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

ΑΝ ΘΕΛΕΤΕ ΝΑ ΥΠΟΒΑΛΕΤΕ ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΔΥΝΑΜΕΙ ΤΟΥ ΣΧΕΔΙΟΥ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΚΑΝΑΔΑ, ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ ΤΟ ΕΝΤΥΠΟ GR-CAN 1(D1) ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΑ ΜΑΣ ΚΑΙ ΣΤΟ ΓΡΑΦΕΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΑΣ.

Canadian Social Insurance Number
ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΑΝΑΔΙΚΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

PROTECTED B (when completed)
ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΕΤΑΙ ΟΤΑΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ

SECTION 2 - GENERAL INFORMATION ABOUT THE CONTRIBUTOR OR APPLICANT FOR AN OLD AGE SECURITY PENSION

(To be completed by all applicants)

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

3 Optional - ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΟ : Mr ΚΥΡΙΟΣ Mrs ΚΥΡΙΑ Miss ΔΕΣΠΟΙΝΙΔΑ Ms ΚΥΡΙΑ

4. Given Name and Initial
ΌΝΟΜΑ & ΑΡΧΙΚΟ ΜΕΣΑΙΟΥ ΟΝΟΜΑΤΟΣ

Family Name
ΕΠΩΝΥΜΟ

Family Name at Birth
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ

5. Address (No. and Street, Apt. No.)
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (ΑΡ. ΚΑΙ ΟΔΟΣ, ΑΡ. ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΟΣ)

City, Town or Village
ΠΟΛΗ-ΚΩΜΟΠΟΛΗ-ΧΩΡΙΟ

6. Mailing Address: ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗ Δ/ΝΣΗ
 Same as question 5 or
ΊΔΙΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΗ ΣΤΗΝ ΕΡ. 5 Η'

Province or Territory
ΕΠΑΡΧΙΑ Η' ΕΔΑΦΟΣ

Country
ΧΩΡΑ (ΑΝ ΟΧΙ ΚΑΝΑΔΑΣ)

Postal Code
ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ

7. Place of Birth
ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

8. Name on Canadian Social Insurance Card
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΕΠΙ ΤΗΣ ΚΑΝΑΔΙΚΗΣ ΚΑΡΤΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
 same as question 4 or ΊΔΙΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΗ ΣΤΗΝ ΕΡ. 4 Η'

9. Indicate periods of residence and/or periods of employment in a country other than Canada and Greece.
ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΠΕΡΙΟΔΟΥΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΚΑΙ/Η' ΠΕΡΙΟΔΟΥΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΣΕ ΑΛΛΗ ΧΩΡΑ ΕΚΤΟΣ ΑΠΟ ΚΑΝΑΔΑ ΚΑΙ ΕΛΛΑΔΑ.

Name of Country ΧΩΡΑ	Social Security Number in that Country ΑΡ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ Σ' ΑΥΤΗ ΤΗ ΧΩΡΑ	Residence ΔΙΑΜΟΝΗ From To ΑΠΟ ΈΩΣ				Employment ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ From To ΑΠΟ ΈΩΣ				Has a benefit been requested? ΖΗΤΗΣΑΤΕ ΚΑΠΟΙΑ ΠΑΡΟΧΗ;	
		Year ΈΤΟΣ	Month ΜΗΝΑΣ	Year ΈΤΟΣ	Month ΜΗΝΑΣ	Year ΈΤΟΣ	Month ΜΗΝΑΣ	Year ΈΤΟΣ	Month ΜΗΝΑΣ	Yes ΝΑΙ	No ΌΧΙ
										<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?
ΑΠΟ ΤΗΝ 1 ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΥ 1966 ΚΑΙ ΜΕΤΑ, ΔΙΚΑΙΟΥΣΑΣΤΑΝ ΕΞΕΙΣ Η' Ο/Η ΣΥΖΥΓΟΣ Η' ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ ΣΑΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΕΘΙΜΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟ, ΤΟ ΚΑΝΑΔΙΚΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ (Family Allowances) Η' ΤΟ ΕΠΙΔΟΜΑ ΤΕΚΝΟΥ (Child Tax Benefit) ΓΙΑ ΠΑΙΔΙ ΠΟΥ ΓΕΝΝΙΘΗΚΕ ΜΕΤΑ ΤΗΝ 31/12/1958;

Contributor
ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ
 Yes No
ΝΑΙ ΌΧΙ

Spouse or Common-law partner
ΣΥΖΥΓΟΣ, Η' ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΕΘΙΜΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟ
 Yes No
ΝΑΙ ΌΧΙ

11A Marital Status - ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
 Single Married Separated Divorced Common-Law Surviving spouse or Common-law partner
ΆΓΑΜΟΣ ΈΓΓΑΜΟΣ ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ ΕΞΩΓΑΜΗ ΣΥΜΒΙΩΣΗ ΕΠΙΖΩΝ ΣΥΖΥΓΟΣ Η' ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ ΚΟΙΝΟΥ ΝΟΜΟΥ

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
Year Month Day
ΈΤΟΣ ΜΗΝΑΣ ΗΜΕΡΑ
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΣΥΖΥΓΟΥ ΝΟΜΙΜΟΥ/ΚΟΙΝΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ

SECTION 3 - TO BE COMPLETED WHEN APPLYING FOR AN OLD AGE SECURITY PENSION (Otherwise, proceed to SECTION 4)

ΤΜΗΜΑ 3 - ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΝ ΖΗΤΑΤΕ ΣΥΝΤΑΞΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΓΗΡΑΤΟΣ (Αν όχι, προχωρήστε στο ΤΜΗΜΑ 4)

12. If born outside Canada, give date and place of entry into Canada
ΑΝ ΓΕΝΝΗΘΗΚΑΤΕ ΕΚΤΟΣ ΚΑΝΑΔΑ, ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΗΜ/ΝΑΙ ΚΑΙ ΤΟΠΟ ΕΙΣΟΔΟΥ ΣΤΟΝ ΚΑΝΑΔΑ

Year Month Day
ΈΤΟΣ ΜΗΝΑΣ ΗΜΕΡΑ

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
ΚΑΝΑΔΟΣ ΠΟΛΙΤΗΣ

Permanent resident
(formerly known as Landed Immigrant)
ΜΟΝΙΜΟΣ ΚΑΤΟΙΚΟΣ
(γνωστός προηγουμένως ως αφιχθείς μετανάστης)

Temporary Resident Permit Holder (formerly known as Minister's Permit)
ΚΑΤΟΧΟΣ ΠΡΟΣΩΡΙΝΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΑΤΟΙΚΗΣΗΣ (γνωστή προηγουμένως ως Άδεια Υπουργού)

Other (please specify)
ΆΛΛΟ (διευκρινίστε)

Canadian Social Insurance Number
ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΑΝΑΔΙΚΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

PROTECTED B (when completed)
ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΕΤΑΙ ΟΤΑΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ

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.)
ΑΠΑΡΙΟΜΗΣΤΕ ΤΙΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΟΠΟΥ ΚΑΤΟΙΚΗΣΑΤΕ ΑΠΟ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ ΣΑΣ ΜΕΧΡΙ ΣΗΜΕΡΑ. ΜΗΝ ΠΕΡΙΛΑΒΕΤΕ ΑΛΛΑΓΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΩΝ ΕΝΤΟΣ ΤΗΣ ΙΔΙΑΣ ΠΟΛΗΣ, ΚΩΜΟΠΟΛΗΣ Η ΨΩΡΙΟΥ (ΑΝ ΧΡΕΙΑΣΤΕΙΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΧΩΡΟ, ΔΩΣΤΕ ΤΙΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΕ ΞΕΧΩΡΙΣΤΟ ΦΥΛΛΟ ΧΑΡΤΙΟΥ)

From - ΑΠΟ Year Month ΕΤΟΣ ΜΗΝΑ	To - ΕΩΣ Year Month ΕΤΟΣ ΜΗΝΑ	City, Town or village ΠΟΛΗ ή ΧΩΡΙΟ	Province or State ΕΠΑΡΧΙΑ ή ΠΟΛΙΤΕΙΑ	Country ΧΩΡΑ

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 Η' ΑΓΧΙΣΤΕΙΑΣ, ΜΕ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΝΑ ΜΠΟΡΕΣΟΥΜΕ ΝΑ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΟΥΜΕ ΤΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΣΑΣ ΣΤΟΝ ΚΑΝΑΔΑ.

Name ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	Address ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	Telephone Number ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ (including area, city or regional code) (ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΤΟΝ ΚΩΔΙΚΟ ΑΥΤΟΜΑΤΗΣ ΚΛΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ)

16. Are you considered a resident of Canada for tax purposes? Yes No
ΘΕΩΡΕΙΣΤΕ ΜΟΝΙΜΟΣ ΚΑΤΟΙΚΟΣ ΚΑΝΑΔΑ ΝΑΙ ΟΧΙ
ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗ ΦΟΡΟΛΟΓΙΑ?
If no, is your net world income for the year 2013 less than \$70,954 in Canadian dollars? (See the guide for more information)
 Yes No
ΑΝ ΟΧΙ, ΤΟ ΚΑΘΑΡΟ ΣΑΣ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΓΙΑ ΤΟ 2013, ΑΠΟ ΌΛΟ ΤΟΝ ΚΟΣΜΟ ΕΙΝΑΙ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΠΟ \$70,954 ΣΕ ΚΑΝΑΔΙΚΑ ΔΟΛΛΑΡΙΑ?

SECTION 4 - TO BE COMPLETED WHEN APPLYING FOR A CANADA PENSION PLAN RETIREMENT PENSION
(Otherwise, proceed to SECTION 5)
ΤΜΗΜΑ 4 - ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΝ ΖΗΤΑΤΕ ΣΥΝΤΑΞΗ ΑΠΟΧΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ ΤΟΥ ΚΑΝΑΔΑ (Αν όχι, προχωρήστε στο ΤΜΗΜΑ 5)

17. When do you want your pension to start? ΠΟΤΕ ΕΠΙΘΥΜΕΙΤΕ Ν' ΑΡΧΙΣΕΙ Η ΠΛΗΡΩΜΗ ΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΣΑΣ;
IMPORTANT: Please read the information sheet before completing this section.
ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ : ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΤΟ ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΦΥΛΛΑΔΙΟ ΠΡΙΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ ΑΥΤΗ ΤΗΝ ΕΝΟΤΗΤΑ
 As soon as I qualify ΜΟΛΙΣ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΘΩ
Select one only or 'Η At the age of 65 (your pension will start the month after your 65th birthday)
ΔΙΑΛΕΞΤΕ ΜΟΝΟ ΕΝΑ or 'Η ΣΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΤΩΝ 65(Η ΣΥΝΤΑΞΗ ΣΑΣ ΘΑ ΑΡΧΙΣΕΙ ΤΟΝ ΕΠΟΜΕΝΟ ΜΗΝΑ ΜΕΤΑ ΤΑ 65^a ΓΕΝΕΘΛΙΑ ΣΑΣ
or 'Η As of (indicate date) _____
Year Month
ΑΠΟ (ΑΝΑΦΕΡΕΤΕ ΤΗΝ ΗΜ/ΝΙΑ) ΕΤΟΣ ΜΗΝΑΣ

SECTION 5 - TO BE COMPLETED WHEN APPLYING FOR A SURVIVOR'S PENSION OR A DEATH BENEFIT
(Otherwise, proceed to SECTION 6)
ΤΜΗΜΑ 5 - ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΝ ΖΗΤΑΤΕ ΣΥΝΤΑΞΗ ΕΠΙΖΩΝΤΩΝ Η' ΕΠΙΔΟΜΑ ΘΑΝΑΤΟΥ (Αν όχι, προχωρήστε στο ΤΜΗΜΑ 6)

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

18A. Optional - ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΟ : Mr ΚΥΡΙΟΣ Mrs ΚΥΡΙΑ Miss ΔΕΣΠΟΙΝΙΔΑ Ms ΚΥΡΙΑ

18B. Given Name and Initial Family Name Family Name at Birth
ΌΝΟΜΑ ΚΑΙ ΑΡΧΙΚΟ ΜΕΣΑΙΟΥ ΟΝΟΜΑΤΟΣ ΕΠΩΝΥΜΟ ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ

19. Address (No. and Street, Apt. No.) City, Town or Village
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (ΑΡ. & ΟΔΟΣ, ΑΡ. ΔΙΑΜΕΡ.) ΠΟΛΗ Η ΨΩΡΙΟ
Province or Territory Country Postal Code
ΕΠΑΡΧΙΑ Η' ΕΔΑΦΟΣ ΧΩΡΑ ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ

20. Mailing Address: ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:
same as question 19 or
ΙΔΙΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΗ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 19

21. Applicant's relationship to the deceased contributor
ΣΥΓΓΕΝΙΚΟΣ ΔΕΣΜΟΣ ΤΟΥ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ ΜΕ ΤΟΝ ΑΠΟΘΑΝΟΝΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ

Canadian Social Insurance Number
ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΑΝΑΔΙΚΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

PROTECTED B (when completed)
ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΕΤΑΙ ΟΤΑΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ

A. GENERAL INFORMATION ABOUT THE APPLICANT (CONTINUED)

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟΝ ΑΙΤΟΥΝΤΑ (ΣΥΝΕΧΙΖΕΤΑΙ)

22. Is there an executor, administrator or legal representative of the estate of the deceased contributor?

ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΚΤΕΛΕΣΤΗΣ, ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΗΣ Ή ΝΟΜΙΚΟΣ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΣ ΤΟΥ ΘΑΝΟΝΤΟΣ;

Yes If "Yes", indicate whether
ΝΑΙ ΑΝ «Ναι» ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ
ΑΝ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ ΕΙΝΑΙ

Same as in questions 18 and 19
ΑΥΤΟ ΠΟΥ ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 18 ΚΑΙ 19

No
ΌΧΙ

As shown below
Ή ΑΥΤΟ ΠΟΥ ΥΠΟΔΕΙΚΝΥΕΤΑΙ ΠΑΡΑΚΑΤΩ

Given Name - ΌΝΟΜΑ

Family Name - ΕΠΩΝΥΜΟ

Address (No. and Street, Apt. No.)
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (ΑΡ. ΚΑΙ ΟΔΟΣ, ΑΡ. ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΟΣ)

City, Town or Village
ΠΟΛΗ Ή ΧΩΡΙΟ

Province or Territory
ΕΠΑΡΧΙΑ Ή ΕΔΑΦΟΣ

Country
ΧΩΡΑ

Postal Code
ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ

B. INFORMATION ABOUT THE SURVIVOR

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟΝ ΕΠΙΖΩΝΤΑ ΣΥΖΥΓΟ

23. Social Insurance Number in Canada
ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΤΟΝ ΚΑΝΑΔΑ

24A. Optional : ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΟ:

Mr ΚΥΡΙΟΣ Mrs ΚΥΡΙΑ Miss ΔΕΣΠΟΙΝΙΔΑ Ms ΚΥΡΙΑ

24B. Given Name ΌΝΟΜΑ

same as in question 18 or

ΙΔΙΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΗ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 18 Ή

Family Name ΕΠΩΝΥΜΟ

same as in question 18 or

ΙΔΙΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΗ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 18 Ή

Family Name at Birth

ΕΠΩΝΥΜΟ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ

same as in question 18 or

ΙΔΙΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΗ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 18 Ή

25. At the time of the contributor's death, were you residing with him or her?

ΤΗ ΣΤΙΓΜΗ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΤΟΥ(ΗΣ) ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ(ΗΣ), ΜΕΝΑΤΕ ΜΑΖΙ ΤΟΥ(ΗΣ);

Yes- ΝΑΙ No - ΌΧΙ

26. At the time of the contributor's death, were you married to him or her?

ΤΗ ΣΤΙΓΜΗ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΤΟΥ(ΗΣ) ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ(ΗΣ), ΗΣΑΣΤΕ ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΗ (ΟΣ) ΜΕ ΑΥΤΟΝ(ΗΝ)

Yes- ΝΑΙ No - ΌΧΙ

SECTION 6 - TO BE COMPLETED WHEN APPLYING FOR A SURVIVING CHILD'S BENEFIT

(Otherwise, proceed to SECTION 7) Questions 28 and 29 to be completed only when the applicant is not the person named in question 18.

ΤΜΗΜΑ 6 - ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΝ ΖΗΤΑΤΕ ΣΥΝΤΑΞΗ ΕΠΙΖΩΝΤΟΣ ΤΕΚΝΟΥ (Αν όχι, προχωρήστε στο ΤΜΗΜΑ 7)

ΟΙ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 28 ΚΑΙ 29 ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΟΥΝ ΜΟΝΟ ΑΝ Ο ΑΙΤΩΝ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ ΠΟΥ ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 18.

27.

Full Name of Child
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Date of Birth

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ

Year Month Day

ΈΤΟΣ ΜΗΝΑΣ ΗΜΕΡΑ

For use by the Social Security Institution of Greece only
ΓΙΑ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΟΙΝ. ΑΣΦ.

Verified by: ΕΛΕΓΧΘΗΚΕ ΑΠΟ:

28A. Optional : ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΟ: Mr ΚΥΡΙΟΣ Mrs ΚΥΡΙΑ Miss ΔΕΣΠΟΙΝΙΔΑ Ms ΚΥΡΙΑ

28B. Given Name - ΌΝΟΜΑ

Family Name - ΕΠΩΝΥΜΟ

29. Address (No. and Street, Apt. No.)
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (ΑΡ. ΚΑΙ ΟΔΟΣ, ΑΡ. ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΟΣ)

City, Town or Village
ΠΟΛΗ, ΚΩΜΟΠΟΛΗ, ΧΩΡΙΟ

Province or Territory - ΕΠΑΡΧΙΑ Ή ΕΔΑΦΟΣ

Country - ΧΩΡΑ

Postal Code - ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ

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 ΥΠΟΓΡΑΨΕΙ 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.

30. Declaration and signature - ΔΗΛΩΣΗ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

I declare that, to the best of my knowledge, the information given in this application is true and complete. I authorize the social security institution of the country which is a Party to this Agreement to furnish to Service Canada all the information and evidence in its possession which relate or could relate to this application for benefits.
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.

The information you provide is collected under the authority of the *Old Age Security Act (OAS Act)* and the *Canada Pension Plan* legislation to determine your eligibility for benefits. The Social Insurance Number (SIN) is collected under the authority of section 52 of the *Canada Pension Plan Regulations*, section 15 of the *OAS Regulations* and in accordance with Treasury Board Secretariat Directive on the SIN as an authorized user of the SIN. The SIN will be used to ensure an individual's exact identification so that contributory earnings can be correctly posted allowing for benefits and entitlements to be accurately calculated. The SIN will also be used for income verification purposes with the Canada Revenue Agency to deliver better service to you, and minimize government duplication.

Οι πληροφορίες που παρέχετε συλλέγονται βάσει της αρχής της ασφάλισης γήρατος (OAS Act) και της νομοθεσίας του Σχεδίου Συντάξης Καναδά για να καθοριστεί η καταλληλότητά σας για παροχές. Ο αριθμός κοινωνικής ασφάλισης (SIN) εισπράττεται υπό την αιγίδα του άρθρου 52 των κανονισμών του Καναδικού συνταξιοδοτικού συστήματος, του άρθρου 15 των κανονισμών OAS και σύμφωνα με την οδηγία της Γραμματείας του ΔΣ του SIN ως εξουσιοδοτημένο χρήστη του SIN. Το SIN θα χρησιμοποιηθεί για να διασφαλιστεί η ακριβής ταυτοποίηση ενός ατόμου, ώστε τα εισοδήματα από τα εισοδήματα να μπορούν να καταχωρηθούν σωστά, επιτρέποντας την ακριβή υπολογισμό των παροχών και των δικαιωμάτων. Το SIN θα χρησιμοποιηθεί επίσης για σκοπούς επαλήθευσης του εισοδήματος με την Υπηρεσία Φορολογικού Καναδά για την παροχή καλύτερων υπηρεσιών σε εσάς και την ελαχιστοποίηση της επικάλυψης της κυβέρνησης.

Submitting this application is voluntary. However, if you refuse to provide your personal information, the Department of Human Resources and Skills Development Canada (HRSDC) will be unable to process your application.

Η υποβολή αυτής της αίτησης είναι προαιρετική. Ωστόσο, εάν αρνηθείτε να δώσετε τα προσωπικά σας στοιχεία, το Τμήμα Ανθρωπίνων Πόρων και Ανάπτυξης Δεξιοτήτων του Καναδά (HRSDC) δεν θα μπορέσει να επεξεργαστεί την αίτησή σας.

The information you provide may be used and/or disclosed for policy analysis, research, and/or evaluation purposes. In order to conduct these activities, various sources of information under the custody and control of HRSDC may be linked. However, these additional uses and/or disclosures of your personal information will never result in an administrative decision being made about you (such as a decision on your entitlement to a benefit).

Οι πληροφορίες που παρέχετε μπορούν να χρησιμοποιηθούν και / ή να αποκαλυφθούν για σκοπούς πολιτικής ανάλυσης, έρευνας και / ή αξιολόγησης. Για τη διεξαγωγή αυτών των δραστηριοτήτων, διάφορες πηγές πληροφοριών υπό την επιμέλεια και τον έλεγχο του HRSDC μπορεί να συνδέονται. Ωστόσο, αυτές οι πρόσθετες χρήσεις ή / και αποκαλύψεις των προσωπικών σας στοιχείων δεν θα οδηγήσουν ποτέ σε διοικητική απόφαση σχετικά με εσάς (όπως μια απόφαση σχετικά με το δικαίωμά σας σε κάποιο όφελος).

The information you provide may be shared within ESDC, with any federal institution, provincial authority or public body created under provincial law with which the Minister of ESDC may have entered into an agreement, and/or with nongovernmental third parties for the purpose of administering the *Canada Pension Plan*, the *OAS Act*, other acts of Parliament and federal or provincial law as well as for policy analysis, research and/or evaluation purposes. The information may be shared with the government of other countries in accordance with agreements for the reciprocal administration or operation of that law, of the *OAS Act* and of the *Canada Pension Plan*.

Οι πληροφορίες που παρέχετε μπορούν να μοιράζονται στο πλαίσιο του ESDC, με οποιοδήποτε ομοσπονδιακό θεσμικό όργανο, επαρχιακή αρχή ή δημόσιο φορέα που δημιουργείται βάσει επαρχιακού νόμου με τον οποίο ο Υπουργός ESDC μπορεί να έχει συνάψει συμφωνία ή / και με μη κυβερνητικούς τρίτους για τη διαχείριση Το Σχέδιο Συντάξεων του Καναδά, την Πράξη OAS, άλλες πράξεις του Κοινοβουλίου και ομοσπονδιακό ή επαρχιακό δίκαιο, καθώς και για την ανάλυση των πολιτικών, την έρευνα και / ή την αξιολόγηση. Οι πληροφορίες μπορούν να μοιραστούν με την κυβέρνηση άλλων χωρών σύμφωνα με συμφωνίες για την αμοιβαία διαχείριση ή λειτουργία αυτού του νόμου, του νόμου OAS και του Καναδικού συνταξιοδοτικού σχεδίου.

Your personal information is administered in accordance with the *OAS Act*, the *Canada Pension Plan* and the *Privacy Act*. You have the right of access to, and to the protection of, your personal information. It will be kept in Personal

Information Bank HRSDC PPU 146 (CPP) and Personal Information Bank HRSDC PPU 116 (OAS). Instructions for obtaining this information are outlined in the government publication entitled *Info Source*, which is available at the following Web site address: www.infosource.gc.ca. *Info Source* may also be accessed online at any Service Canada Centre.

Τα προσωπικά σας στοιχεία διαχειρίζονται σύμφωνα με την Πράξη ΟΑΣ, το Σχέδιο Συντάξεων του Καναδά και τον Νόμο περί Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων. Έχετε το δικαίωμα πρόσβασης και προστασίας των προσωπικών σας στοιχείων. Θα φυλάσσεται στην Τράπεζα Προσωπικών Πληροφοριών HRSDC PPU 146 (CPP) και στην Υπηρεσία Προσωπικών Πληροφοριών HRSDC PPU 116 (OAS). Οι οδηγίες για την απόκτηση αυτών των πληροφοριών περιγράφονται στο κυβερνητικό έντυπο με τίτλο *Info Source*, το οποίο διατίθεται στην ακόλουθη διεύθυνση στο web: www.infosource.gc.ca. Η πηγή πληροφοριών μπορεί επίσης να συνδεθεί στο διαδίκτυο σε οποιοδήποτε Κέντρο εξυπηρέτησης του 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 παράβαση. Όσα επιδόματα έχετε δεχθεί ή λάβει χωρίς να τα δικαιούστε, θα πρέπει να επιστραφούν.

Signature of
Applicant
ΥΠΟΓΡΑΦΗ
ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Date
ΗΜΕΡ/ΝΙΑ

Year Month Day
ΕΤΟΣ ΜΗΝΑΣ ΗΜΕΡΑ

Telephone Number -
ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ
(including area, city or regional code)
(ΣΥΜΠΕΡ. ΤΟΠΙΚΟ, ΑΣΤΙΚΟ Ή ΠΕΡΙΦ. ΚΩΔΙΚΑ)

NOTE: Signature by mark is acceptable if witnessed by any responsible person who must complete the declaration on the following page.

ΣΗΜ. : ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΔΙΑ ΣΗΜΕΙΟΥ ΕΙΝΑΙ ΑΠΟΔΕΚΤΗ ΕΦΟΣΟΝ ΠΑΡΕΣΤΗ ΩΣ ΜΑΡΤΥΡΑΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΙ ΤΗ ΔΗΛΩΣΗ ΠΑΡΑΠΛΕΥΡΩΣ.

Canadian Social Insurance Number
 ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΑΝΑΔΙΚΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

PROTECTED B (when completed)
 ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΕΤΑΙ ΟΤΑΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ

31. 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.

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

Signature of Witness
 ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΜΑΡΤΥΡΑ

Name of Witness (Please print)
 ΟΝΟΜΑ ΜΑΡΤΥΡΑ (ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

Address of Witness
 ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΜΑΡΤΥΡΑ

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	Residence Status X Y Z O
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	

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

Disponible en français