



Service
Canada

PROTECTED B (when completed)

ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΕΤΑΙ ΟΤΑΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ

GR – CAN 1 (DI)

**Application for Canada Pension Plan Disability benefits
under the Agreement on Social Security between
Canada and the Hellenic Republic**

**ΑΙΤΗΣΗ ΠΑΡΟΧΩΝ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ ΤΟΥ
ΚΑΝΑΔΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗ ΣΥΜΒΑΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥ ΚΑΝΑΔΑ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ**

Preferred language for correspondence ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΓΛΩΣΣΑ ΓΙΑ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑ English French ΑΓΓΛΙΚΑ ΓΑΛΛΙΚΑ		Please: ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ:		- Read the enclosed guide ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΤΟΝ ΕΣΩΚΛΕΙΣΤΟ ΟΔΗΓΟ - Complete the unshaded areas only ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΜΟΝΟ ΤΑ ΧΩΡΙΣ ΣΚΙΑΣΗ ΠΕΔΙΑ							
SECTION A - INFORMATION ABOUT THE CONTRIBUTOR ΤΜΗΜΑ Α - ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ(ΗΝ) ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ (Η)							For use by the Social Security Institution of Greece only ΓΙΑ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ ΑΠΟ ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΟΙΝ. ΑΣΦ. Date of receipt: ΗΜΕΡ. ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ: Verified by: ΕΛΕΓΧΘΗΚΕ ΑΠΟ:				
1A. Greek Social Security Number Name of Greek Insurance Scheme Canadian Social Insurance Number ΑΡ. ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΕΛΛ. ΑΣΦ. ΤΑΜΕΙΟΥ ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΑΝΑΔΙΚΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦ.											
2. <input type="radio"/> Male ΆΡΡΕΝ <input type="radio"/> Female ΘΗΛΥ Given Name and Initial ΌΝΟΜΑ & ΑΡΧΙΚΟ ΜΕΣΑΙΟΥ ΟΝΟΜΑΤΟΣ		Family Name ΕΠΩΝΥΜΟ		Family Name at Birth ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΕΠΩΝΥΜΟ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ							
3. Name on Canadian Social Insurance Card ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΤΗΝ ΚΑΝΑΔΙΚΗ ΚΑΡΤΑ ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ <input type="checkbox"/> same as question 2 or ΊΔΙΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΗ ΣΤΗΝ ΕΡ. 2 Ή				4. Date of Birth (YYYY-MM-DD) ΗΜ/ΝΑΙ ΓΕΝΝΗΣΗΣ (ΕΤΟΣ-ΜΗΝΑΣ-ΗΜ) (Please provide birth certificate) (ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΔΩΣΤΕ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΓΕΝΝΗΣΗΣ)							
5. Marital Status - ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ <input type="radio"/> Single <input type="radio"/> Married <input type="radio"/> Common-Law <input type="radio"/> Divorced <input type="radio"/> Separated <input type="radio"/> Surviving spouse or Common-law partner ΆΓΑΜΟΣ ΈΓΓΑΜΟΣ ΕΞΩΓΑΜΗ ΣΥΜΒΙΩΣΗ ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΕΠΙΖΩΝ ΣΥΖΥΓΟΣ Η Ή ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ ΚΟΙΝΟΥ ΝΟΜΟΥ											
6. Home Address (No., Street, Apt., R.R.) ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (ΑΡ. ΚΑΙ ΟΔΟΣ, ΑΡ. ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΟΣ)				City, Town or Village ΠΟΛΗ-ΚΩΜΟΠΟΛΗ-ΧΩΡΙΟ							
Province or Territory ΕΠΑΡΧΙΑ Η΄ ΕΔΑΦΟΣ		Country ΧΩΡΑ		Postal Code ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ							
7. Mailing Address (No., Street, Apt., R.R.) if different from Home Address ΤΑΧ. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ(ΑΡ. & ΟΔΟΣ, ΑΡ.ΔΙΑΜΕΡ., Αγρ. ΟΔΟΣ) ΕΑΝ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗ ΑΠΟ ΤΗΝ Δ/ΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ						City, Town or Village ΠΟΛΗ-ΚΩΜΟΠΟΛΗ-ΧΩΡΙΟ					
Province or Territory ΕΠΑΡΧΙΑ Η΄ ΕΔΑΦΟΣ		Country ΧΩΡΑ		Postal Code ΤΑΧ. ΚΩΔΙΚΑΣ							
8. In which Canadian province did you last reside? ΣΕ ΠΟΙΑ ΚΑΝΑΔΙΚΗ ΕΠΑΡΧΙΑ ΚΑΤΟΙΚΟΥΣΑΤΕ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ?											
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				Employment ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ				Has a benefit been requested? ΖΗΤΗΣΑΤΕ ΚΑΠΟΙΑ ΠΑΡΟΧΗ;	
		From ΑΠΟ	To ΈΩΣ	From ΑΠΟ	To ΈΩΣ	From ΑΠΟ	To ΈΩΣ	From ΑΠΟ	To ΈΩΣ	Yes ΝΑΙ	No ΌΧΙ
		Year ΈΤΟΣ	Month ΜΗΝΑΣ	Year ΈΤΟΣ	Month ΜΗΝΑΣ	Year ΈΤΟΣ	Month ΜΗΝΑΣ	Year ΈΤΟΣ	Month ΜΗΝΑΣ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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



Canadian Social Insurance Number
ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΑΝΑΔΙΚΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

PROTECTED B (when completed)
ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΕΤΑΙ ΟΤΑΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ

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^Η ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΥ 1966, ΕΣΕΙΣ Ή Ο/Η ΣΥΖΥΓΟΣ ΣΑΣ Ή Ο ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ ΣΑΣ ΔΙΚΑΙΟΥΣΤΕ ΚΑΝΑΔΙΚΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΕΠΙΔΟΜΑΤΑ Ή ΤΟ ΦΟΡΟΛΟΓΙΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ ΠΑΙΔΙΟΥ ΓΙΑ ΕΝΑ ΠΑΙΔΙ ΠΟΥ ΓΕΝΝΗΘΗΚΕ ΜΕΤΑ ΤΙΣ 31 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 1958?

Contributor Yes *ΝΑΙ* No *ΌΧΙ* Spouse or Common-Law partner Yes *ΝΑΙ* No *ΌΧΙ*
ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ ΣΥΖΥΓΟΣ Ή ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ

SECTION 2 - INFORMATION ABOUT THE CONTRIBUTOR'S CHILDREN
ΤΜΗΜΑ 2 - ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

11. Do you have children under the age of 18 in your custody and control?
ΈΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΤΩ ΑΠΟ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΤΩΝ 18 ΕΤΩΝ ΥΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΣΑΣ?

Yes *ΝΑΙ* If "Yes", please complete question 11 and
 No *ΌΧΙ* attach a birth certificate for each child.
ΕΑΝ «ΝΑΙ», ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 11 ΚΑΙ
ΕΠΙΣΥΝΑΨΤΕ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΓΙΑ ΚΑΘΕ ΠΑΙΔΙ

Do you have children between the ages of 18 and 25 in full time attendance at school or university?
ΈΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 18 ΈΩΣ 25 ΕΤΩΝ ΣΕ ΠΛΗΡΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ Ή ΣΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ;

Yes *ΝΑΙ* If "Yes", each child should complete a separate application
 No *ΌΧΙ* ΕΑΝ «ΝΑΙ», ΚΑΘΕ ΠΑΙΔΙ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΙ ΞΕΧΩΡΙΣΤΗ ΑΙΤΗΣΗ.

11A. Child's given Name ΟΝΟΜΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Family Name ΕΠΩΝΥΜΟ

Date of Birth (YYYY-MM-DD)
ΗΜ/ΝΑΙ ΓΕΝΝΗΣΗΣ (ΕΤΟΣ-ΜΗΝΑΣ-ΗΜ)

Male *ΑΡΡΕΝ* Female *ΘΗΛΥ*

Natural child *ΦΥΣΙΚΟ ΠΑΙΔΙ* Legally adopted child *ΝΟΜΙΜΑ ΥΙΟΘΕΤΗΜΕΝΟ ΠΑΙΔΙ* Other *ΆΛΛΟ*

If you answered "Other", please explain the circumstances.
ΕΑΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΤΕ «ΆΛΛΟ», ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΕΞΗΓΗΣΤΕ ΤΙΣ ΠΕΡΙΣΤΑΣΕΙΣ

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

Verified by:
ΕΛΕΓΧΘΗΚΕ ΑΠΟ:

11B. Child's given Name ΟΝΟΜΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

FAMILY NAME ΕΠΩΝΥΜΟ

Date of Birth (YYYY-MM-DD)
ΗΜ/ΝΑΙ ΓΕΝΝΗΣΗΣ (ΕΤΟΣ-ΜΗΝΑΣ-ΗΜ)

Male *ΑΡΡΕΝ* Female *ΘΗΛΥ*

Natural child *ΦΥΣΙΚΟ ΠΑΙΔΙ* Legally adopted child *ΝΟΜΙΜΑ ΥΙΟΘΕΤΗΜΕΝΟ ΠΑΙΔΙ* Other *ΆΛΛΟ*

If you answered "Other", please explain the circumstances.
ΕΑΝ ΑΠΑΝΤΗΣΑΤΕ «ΆΛΛΟ», ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΕΞΗΓΗΣΤΕ ΤΙΣ ΠΕΡΙΣΤΑΣΕΙΣ

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

Verified by:
ΕΛΕΓΧΘΗΚΕ ΑΠΟ:

If there is not sufficient space to list all your children in question(s) 11 and / or 12, please use a separate sheet of paper and attach it to this application.

Αν δεν υπάρχει επαρκής χώρος για να απαριθμήσετε όλα τα παιδιά σας 11 ή / και 12, παρακαλώ χρησιμοποιήστε τα ένα ξεχωριστό φύλλο χαρτιού και να το προσαρτήσετε σε αυτήν την εφαρμογή.

12. If you have a natural or legally adopted child under the age of 18, in the custody and control of someone else, please provide the following information :

ΕΑΝ ΕΧΕΤΕ ΦΥΣΙΚΟ Ή ΝΟΜΙΜΑ ΥΙΟΘΕΤΗΜΕΝΟ ΠΑΙΔΙ ΗΛΙΑΚΙΑΣ ΚΑΤΩ ΤΩΝ 18 ΕΤΩΝ ΥΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΕΛΕΓΧΟ ΚΑΠΟΙΟΥ ΑΛΛΟΥ, ΠΑΡΑΚΑΛΕΙΣΘΕ ΝΑ ΔΩΣΕΤΕ ΤΙΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ:

Child's Full Name
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ

Custodian's Full Name
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΚΗΔΕΜΟΝΑ

Custodian's Address
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΗΔΕΜΟΝΑ

Child's Full Name
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ

Custodian's Full Name
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΚΗΔΕΜΟΝΑ

Custodian's Address
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΗΔΕΜΟΝΑ

13. On behalf of any of your children listed in question 11, has an application been made for, or have benefits been received from: ΓΙΑ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟ ΟΠΟΙΟΥΔΗΠΟΤΕ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΑΣ ΠΟΥ ΑΝΑΦΕΡΟΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 11, ΕΧΕΙ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙ ΑΙΤΗΣΗ Η' ΕΧΟΥΝ ΛΗΦΘΕΙ ΠΑΡΟΧΕΣ ΑΠΟ:

	Applied		Received	
Canada Pension Plan	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Quebec Pension Plan	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

If you answered "Yes" to either of the above, indicate under which Social Insurance Number.

Canadian Social insurance Number _____

Canadian Social insurance Number _____

SECTION 3 - TO BE SIGNED BY THE APPLICANT AND, IF APPLICANT SIGNS WITH MARK, BY A WITNESS.

ΤΜΗΜΑ 3 - ΥΠΟΓΡΑΦΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΙΤΟΥΝΤΑ ΚΑΙ, ΑΝ Ο ΑΙΤΩΝ ΥΠΟΓΡΑΨΕΙ ΜΕ ΕΝΑ ΣΗΜΕΙΟ, ΑΠΟ ΜΑΡΤΥΡΑ.

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.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: ΕΑΝ ΚΑΝΕΤΕ ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟ ΤΟΥ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ, ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ Σ' ΕΝΑ ΞΕΧΩΡΙΣΤΟ ΦΥΛΛΟ ΧΑΡΤΙΟΥ ΤΟ ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΚΑΙ ΤΗ Δ/ΝΣΗ ΣΑΣ ΚΑΙ ΤΟ ΛΟΓΟ ΓΙΑ ΤΟΝ ΟΠΟΙΟ ΚΑΝΑΤΕ ΑΥΤΗ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ.

14. Declaration and signature - ΔΗΛΩΣΗ ΚΑΙ ΥΠΟΓΡΑΦΗ

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. Εξουσιοδοτώ τον φορέα κοινωνικής ασφάλισης της χώρας που είναι συμβαλλόμενο μέρος της παρούσας συμφωνίας να προσκομίσει στην Υπηρεσία Καναδά όλες τις πληροφορίες και τα αποδεικτικά στοιχεία που διαθέτει και τα οποία αφορούν ή θα μπορούσαν να σχετίζονται με αυτή την αίτηση παροχής παροχών.

The information you provide is collected under the authority of 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* 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 νομοθεσίας του Σχεδίου Σύνταξης 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 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 τις εισφορές να μπορούν να καταχωρηθούν σωστά, επιτρέποντας τον 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 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 HRSDC, with any federal institution, provincial authority or public body created under provincial law with which the Minister of HRSDC may have entered into an agreement, and/or with non-governmental third parties for the purpose of administering the Canada Pension Plan, 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 HRSDC, με οποιοδήποτε ομοσπονδιακό θεσμικό όργανο, επαρχιακή αρχή ή δημόσιο φορέα που δημιουργείται βάσει επαρχιακού νόμου με τον οποίο ο Υπουργός HRSDC μπορεί να έχει συνάψει συμφωνία ή/και με μη κυβερνητικούς τρίτους για τη διαχείριση του Σχεδίου Συντάξεων του Καναδά, 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 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. 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 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. 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 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 of Application (YYYY-MM-DD)
Ημερ/νία Αίτησης (EEEE-MM-ΗΗ)

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

NOTE: Signature by mark is acceptable if witnessed by any responsible person who must complete the following declaration.
ΣΗΜ. : ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΔΙΑ ΣΗΜΕΙΟΥ ΕΙΝΑΙ ΑΠΟΔΕΚΤΗ ΕΦΟΣΟΝ ΠΑΡΕΣΤΗ ΩΣ ΜΑΡΤΥΡΑΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΙ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΔΗΛΩΣΗ.

Canadian Social Insurance Number
ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΑΝΑΔΙΚΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

PROTECTED B (when completed)
ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΕΤΑΙ ΟΤΑΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ

Canada

15. 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)
ΌΝΟΜΑ 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**

Date of receipt Year Month Day	Eligibility Date Year Month Day	Date of Payment Year Month Day	Age A B T <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Certified by:		Date	
Verified by:		Date	