

Numéro d'assurance sociale au Canada

SECTION 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LES ENFANTS DU COTISANT

11. Avez-vous des enfants de moins de 18 ans à votre charge?

- Oui Si « **Oui** », répondez à la question 11 et joignez au formulaire un certificat de naissance pour chaque enfant.
 Non

Avez-vous des enfants âgés de 18 à 25 ans qui vont à l'école ou à l'université à plein temps?

- Oui Si « **Oui** », chaque enfant devrait remplir une demande distincte.
 Non

11A. Prénom de l'enfant

Nom de famille

À l'usage exclusif de l'Institution de sécurité sociale

- Garçon Fille

Date de naissance

Année Mois Jour

Vérfié par :

- Enfant naturel Enfant adopté légalement Autre

Si vous avez répondu « **Autre** », précisez :

11B. Prénom de l'enfant

Nom de famille

À l'usage exclusif de l'Institution de sécurité sociale

- Garçon Fille

Date de naissance

Année Mois Jour

Vérfié par :

- Enfant naturel Enfant adopté légalement Autre

Si vous avez répondu « **Autre** », précisez :

Si vous manquez d'espace aux questions 11 et / ou 12 pour inscrire tous vos enfants, utilisez une autre feuille et joignez-la au formulaire.

12. Si vous avez un enfant naturel ou un enfant adopté légalement qui a moins de 18 ans et est à la charge d'une autre personne, veuillez donner les renseignements suivants :

12A. Prénom et nom de l'enfant

Prénom et nom du tuteur

Adresse du tuteur (N°, rue, app.)

12B. Prénom et nom de l'enfant

Prénom et nom du tuteur

Adresse du tuteur (N°, rue, app.)

Numéro d'assurance sociale au Canada

SECTION 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LES ENFANTS DU COTISANT (suite)

13. Les organismes suivants ont-ils déjà reçu une demande de prestations ou versé des prestations au nom de l'un de vos enfants mentionnés à la question 11?

| | Demandé | | Reçu | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Régime de pensions du Canada | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Régime de rentes du Québec | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Si vous avez répondu « **Oui** », à l'une des questions, indiquez le(s) numéro(s) d'assurance sociale qui a (ont) été utilisé(s).

Numéro d'assurance sociale au Canada _____

Numéro d'assurance sociale au Canada _____

TOUTE DÉCLARATION FAUSSE OU TROMPEUSE FAITE DANS LA PRÉSENTE DEMANDE CONSTITUE UNE INFRACTION AUX TERMES DE LA LOI CANADIENNE.

SECTION 3 - À SIGNER PAR LE DEMANDEUR OU, SI LA SIGNATURE EST UNE CROIX, PAR UN TÉMOIN

Remarque : Si vous présentez la demande au nom du demandeur, veuillez donner sur une page séparée votre nom, votre adresse et la raison de cette demande.

| | |
|---|---|
| 14. Déclaration du demandeur Par la présente, je demande à recevoir des prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada et je déclare que, autant que je sache, tous les renseignements donnés ici 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 qui est une Partie de la Convention 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> . | Déclaration du témoin |
| | J'ai lu le contenu de la présente demande au demandeur. Il semble avoir bien compris les questions et a signé le formulaire en ma présence en apposant une croix. |
| Signature du demandeur ▶ _____ | _____ Signature du témoin |
| Remarque : La signature par une croix est acceptée si une personne responsable est témoin et remplit la déclaration ci-contre. | Nom du témoin (en lettres moulées) |
| Date de la demande Année Mois Jour | Adresse du témoin (N°, rue, app.) |
| Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional ou urbain) | |

À L'USAGE EXCLUSIF DE L'ORGANISME DE LIAISON DU CANADA

| | | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|--|
| 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 | Véifié par : | Date |