

MAR-CAN 3

**Demande de prestations d'enfant du Régime de pensions
du Canada en vertu de la Convention sur la sécurité sociale entre
le Canada et le Royaume du Maroc**

Fichier de renseignements personnels
RHDCC PPU 175

Le masculin est utilisé sans aucune discrimination et
dans le seul but d'alléger le texte.

- 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 à la page 3 doit être remplie pour appuyer la présente demande.

Quelle langue préférez-vous utiliser
pour la correspondance?

Français Anglais

SECTION A - RENSEIGNEMENTS SUR LE COTISANT		À l'usage exclusif de l'Institution de sécurité sociale
1A. Numéro d'assurance sociale du cotisant au Canada	1B. Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
2. <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle Prénom et initiale	Nom de famille	
3. Adresse du cotisant (n°, rue, app.)	Ville ou Village	
Province ou territoire	Pays	Code postal
SECTION B - RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT DU COTISANT		
4A. Numéro d'assurance sociale de l'enfant au Canada	4B. Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
5. <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle Prénom et initiale	Nom de famille	
6. Adresse du domicile (n°, rue, app.)	Ville ou Village	
Province ou territoire	Pays	Code postal
7. Adresse postale (n°, rue, app., C.P., R.R.) <input type="checkbox"/> même adresse qu'à la question 6 ou	Ville ou Village	
Province ou territoire	Pays	Code postal

Service Canada assure la prestation des programmes et des services de Ressources humaines et
Développement des compétences Canada pour le gouvernement du Canada.

Numéro d'assurance sociale au Canada

SECTION B - RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT DU COTISANT (SUITE)

8. Date de naissance (veuillez fournir un certificat de naissance)	Année Mois Jour	À l'usage exclusif de l'Institution de sécurité sociale Vérfié par :
9A. Avez-vous déjà demandé ou reçu des prestations en vertu du : Régime de pensions du Canada? Régime de rentes du Québec? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		9B. Si « Oui », indiquez le numéro d'assurance sociale au Canada qui a été utilisé
10. Êtes-vous l'enfant naturel du cotisant ou un enfant légalement adopté? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si vous avez été adopté, précisez à quelle date Année Mois Jour

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

SECTION C - DÉCLARATION DE L'ENFANT

11. <input type="checkbox"/> Par la présente, je demande des prestations d'enfant de cotisant invalide.	<input type="checkbox"/> Par la présente, je demande des prestations d'enfant survivant.	
<p>Je déclare que, autant que je sache, tous les renseignements contenus dans la présente demande 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 du pays qui est une Partie de l'Accord 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>.</p>		
Signature du demandeur ▶ _____	Date de la demande Année Mois Jour	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	Vérfié par : _____		Date

DÉCLARATION DE FRÉQUENTATION SCOLAIRE OU UNIVERSITAIRE

SECTION A - À REMPLIR PAR L'ÉTUDIANT

1. Numéro d'assurance sociale au Canada du cotisant	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle	Prénom du cotisant et initiale	Nom de famille
2. Votre numéro d'assurance sociale au Canada	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle	Votre prénom et initiale	Nom de famille
3. Adresse du domicile	Adresse du domicile (N°, rue, app., R.R.)		Ville
	Province ou territoire	Pays - si ce n'est pas le Canada	Code postal
4. Adresse postale (Si elle diffère de l'adresse du domicile)	Adresse postale (N°, rue, app., R.R.)		Ville
	Province ou territoire	Pays - si ce n'est pas le Canada	Code postal
5A. Numéro d'identité de l'étudiant	5B. Nom de l'école, de l'université, du collège, du centre de formation, etc.		
6A. Type d'inscription (Si le « Soir » ou « Autre », veuillez fournir une explication au numéro 8) <input type="checkbox"/> Plein Temps <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Autre	6B. Nombre de Cours	6C. Inscrit(e) (Précisez cours, grade ou programme)	
7A. Nombre d'heures de présence requises par semaine, selon le cours, le grade ou le programme. Heures par semaine ▶	7B. Quand votre présente période de cours a-t-elle ou doit-elle commencer? Année Mois ▶	7C. Quand votre présente période de cours doit-elle se terminer? Année Mois ▶	
8. Donner la durée et raison(s) pour toutes absences pendant votre année scolaire courante et précédente et ajouter tout détail additionnel par suite de la question 6A ci-dessus.			
9. Avez-vous présenté une demande ou recevez-vous une prestation du RPC suite à l'invalidité ou le décès d'un cotisant non identifié au n° 1 ci-dessus? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ▶		Numéro d'assurance social au Canada de ce cotisant	

C'EST UNE INFRACTION DE FAIRE, DANS LA PRÉSENTE, UNE DÉCLARATION FAUSSE OU TROMPEUSE

Par les présentes, je déclare que, à ma connaissance, les renseignements contenus dans la présente déclaration sont vrais et complets. Si j'interromps mes cours ou cesse de fréquenter l'école ou l'université, je m'engage à en avvertir Service Canada. En outre, j'autorise l'école ou l'université susmentionnée à donner à la Direction du Régime de pensions du Canada les renseignements relatifs à mon inscription et à ma fréquentation.

Date	Signature de l'élève	Numéro de téléphone
------	----------------------	---------------------

SECTION B - À REMPLIR PAR L'ÉCOLE OU L'UNIVERSITÉ

À notre connaissance, les réponses aux questions de la section A ci-dessus sont exactes sous réserve de l'observation suivante :
Commentaires additionnels :

La charge de cours susmentionnée répond-elle à l'exigence minimale pour être considéré(e) comme étudiant(e) à plein temps à votre école ou université ou la dépasse-t-elle?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom et adresse de l'école ou de l'université	Nom d'une personne autorisée
	Signature
	Titre
	Date
	Numéro de téléphone

Service Canada assure la prestation des programmes et des services de Ressources humaines et Développement des compétences Canada pour le gouvernement du Canada.