



PL-CAN 3

Application for Canada Pension Plan Child's benefits under the Agreement on Social Security between Canada and the Republic of Poland

Wniosek o świadczenia dla dziecka z Systemu Rentowego Kanady na podstawie Umowy o zabezpieczeniu społecznym zawartej pomiędzy Kanadą i Rzeczpospolitą Polską

Personal Information Bank
HRSDC PPU 175
Kartoteka danych osobowych
HRSDC PPU 175

- Benefit for child age 18 to 25 and in full time attendance at school or university.
Świadczenia dla dzieci od 18 do 25 lat uczęszczających do szkoły lub szkoły wyższej w pełnym wymiarze.
- The "Declaration of Attendance at School or University" on page 3 must be completed in support of this application.
Należy wypełnić „Oświadczenie o uczęszczaniu do szkoły lub szkoły wyższej” znajdujące się na stronie 3 w celu poparcia niniejszego wniosku.

In which language do you wish to receive your correspondence?
W jakim języku mamy kierować korespondencję ?

English po angielsku French po francusku

SECTION A - INFORMATION ABOUT THE CONTRIBUTOR CZĘŚĆ A - INFORMACJE DOTYCZĄCE UBEZPIECZONEGO			For use by Social Security Institution only Przeznaczone wyłącznie dla instytucji zabezpieczenia społecznego Date of receipt: Data otrzymania:
1A. Contributor's Canadian Social Insurance Number Numer Kanadyjskiego Ubezpieczenia społecznego osoby, która płaciła składki	1B. Sex - Płeć <input type="checkbox"/> Male / Mężczyzna <input type="checkbox"/> Female / Kobieta		
2. Given Name and Initial - Imię i inicjał	Family Name - Nazwisko		
3. Contributor's Address (No., Street, Apt. No.) Adres ubezpieczonego (ulica i nr domu, nr mieszkania)	City Miasto		
Province or Territory Prowincja lub terytorium	Country (If other than Canada) Państwo - jeżeli nie jest to Kanada	Postal Code Kod pocztowy	
SECTION B - INFORMATION ABOUT THE CHILD OF THE CONTRIBUTOR CZĘŚĆ B - INFORMACJE DOTYCZĄCE DZIECKA UBEZPIECZONEGO			
4A. Child's Canadian Social Insurance Number Numer ubezpieczenia społecznego dziecka w Kanadzie	4B. Sex - Płeć <input type="checkbox"/> Male / Mężczyzna <input type="checkbox"/> Female / Kobieta		
5. Given Name and Initial - Imię i inicjał	Family Name - Nazwisko		
6. Home Address (No., Street, Apt. No.) Adres (ulica i nr domu, nr mieszkania)	City Miasto	7. Mailing address Adres pocztowy: <input type="checkbox"/> Same as in question 6 or taki sam jak wskazany w pkt. 6 lub	
Province or Territory Prowincja lub terytorium	Country (If other than Canada) Państwo - jeżeli nie jest to Kanada		Postal Code Kod pocztowy

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

Service Canada zapewnia świadczenia w ramach programu i usług Human Resources and Skills Development Canada w imieniu rządu Kanady.

Canadian Social Insurance Number
Numer ubezpieczenia społecznego w Kanadzie

SECTION B - INFORMATION ABOUT THE CHILD OF THE CONTRIBUTOR (continued)
CZĘŚĆ B - INFORMACJE DOTYCZĄCE DZIECKA UBEZPIECZONEGO (c.d.)

8. Date of Birth (Please provide birth certificate) Data urodzenia (dołączyć akt urodzenia)	Year Rok	Month Miesiąc	Day Dzień	For use by Social Security Institution only Przeznaczone wyłącznie dla instytucji zabezpieczenia społecznego Verified by: Sprawdził:		
9A. Have you ever applied for or received a benefit from: Czy składałeś już wniosek lub otrzymałeś świadczenia z: Canada Pension Plan? Systemu rentowego Kanady ? <input type="checkbox"/> Yes Tak <input type="checkbox"/> No Nie	Quebec Pension Plan? Systemu rentowego Quebec'u ? <input type="checkbox"/> Yes Tak <input type="checkbox"/> No Nie	9B. If "Yes", indicate under which Social Insurance Number Jeżeli „Tak”, podać numer ubezpieczenia społecznego				
10. Are you a natural or legally adopted child of the contributor? Czy jesteś dzieckiem własnym ubezpieczonego lub dzieckiem prawnie adoptowanym ? <input type="checkbox"/> Yes Tak <input type="checkbox"/> No Nie	If legally adopted, indicate date of adoption Jeżeli jesteś adoptowany, podać datę, od kiedy			Year Rok	Month Miesiąc	Day Dzień

IT IS AN OFFENCE UNDER CANADIAN LAW TO MAKE A FALSE OR MISLEADING STATEMENT IN THIS APPLICATION.
WSZELKIE FAŁSZYWE I WPROWADZAJĄCE W BŁĄD OŚWIADCZENIA ZAWARTE W NINIEJSZYM WNIOSKU STANOWIĄ
PRZESTĘPSTWO W ŚWIETLE PRAWA KANADYJSKIEGO

SECTION C - DECLARATION OF CHILD
CZĘŚĆ C - OŚWIADCZENIE DZIECKA

11. <input type="checkbox"/> I hereby apply for a Disabled Contributor's Child's Benefit Niniejszym występuję o świadczenia dla dziecka ubezpieczonego będącego inwalidą.	<input type="checkbox"/> I hereby apply for a Surviving Child's Benefit Niniejszym występuję o świadczenia dla dziecka pozostałego przy życiu	
<p>and declare that, to the best of my knowledge and belief, the information herein is true and complete. I agree to notify Service Canada of any changes in circumstances which may affect my eligibility. I authorize the social security institution of the country which is 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. In addition, I realize that my personal information governed by the <i>Privacy Act of Canada</i> may be disclosed where authorized under the <i>Canada Pension Plan</i>.</p> <p>Oświadczam, że zgodnie z moją wiedzą wszystkie informacje zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą i pełne. Będę informować Service Canada o wszystkich zmianach mających wpływ na moje prawo do świadczeń. Upoważniam instytucję zabezpieczenia społecznego państwa będącego Stroną niniejszej Umowy do udostępniania Service Canada wszelkich informacji oraz posiadanych środków dowodowych, które mają lub mogą mieć związek z niniejszym wnioskiem o świadczenia. Ponadto przyjmuję do wiadomości, że informacje dotyczące moich danych osobowych są objęte ochroną kanadyjską <i>Ustawą o ochronie danych osobowych</i> i mogą być rozpowszechniane, o ile zezwala na to <i>System rentowy Kanady</i>.</p>		
Signature of Applicant Podpis wnioskodawcy ▶ _____	Date of Application Data zgłoszenia wniosku Year Month Day Rok Miesiąc Dzień	Telephone Number (including area, city or regional code) Numer telefonu (z numerem kierunkowym regionu lub miasta)

TO BE COMPLETED BY THE LIAISON AGENCY IN CANADA
WYŁĄCZNIE DO UŻYTKU KANADYJSKIEJ INSTYTUCJI ŁĄCZNIKOWEJ

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



DECLARATION OF ATTENDANCE AT SCHOOL OR UNIVERSITY
OŚWIADCZENIE O UCZĘSZCZANIU DO SZKOŁY LUB SZKOŁY WYŻSZEJ

SECTION A - TO BE COMPLETED BY STUDENT								
CZESC A- WYPEŁNIA UCZĄCY SIĘ								
1. Contributor's Canadian Social Insurance Number Numer ubezpieczenia społecznego osoby ubezpieczonej w Kanadzie		Contributor's Given Name and Initial Imię i inicjał osoby ubezpieczonej						
2. Student's Canadian Social Insurance Number - Twój numer ubezpieczenia społecznego w Kanadzie		Your Given Name and Initial Twoje Imię i inicjał						
3. Home Address Adres domowy		Home Address (No., Street, Apt. No.) Adres domowy (ulica i nr domu, nr mieszkania)						
		City Miasto						
		Province or Territory Prowincja lub terytorium						
		Country (If other than Canada) Państwo - jeżeli nie jest to Kanada						
		Postal Code Kod pocztowy						
4. Mailing Address (If different from home address) Adres pocztowy (jeżeli jest inny od domowego)		Mailing Address (No., Street, Apt. No., P.O. Box, R.R.) Adres pocztowy (ulica i nr domu, nr mieszkania)						
		City Miasto						
		Province or Territory Prowincja lub terytorium						
		Country (If other than Canada) Państwo - jeżeli nie jest to Kanada						
		Postal Code Kod pocztowy						
5A. Student ID Number Numer identyfikacyjny osoby uczącej się		5B. Enrolled as a student at (Name of school, University, College, Junior College, Training Centre) Nazwa szkoły, szkoły wyższej, szkoły średniej, koledżu lub centrum kształcenia, itp.						
6A. Type of Enrollment (if "Evening" or "Other", please provide an explanation in Number 8) Tryb kształcenia (Jeżeli odpowiedziałeś „wieczorowy” lub „inny”, należy wyjaśnić w punkcie nr 8.)		6B. Number of Courses Programowa liczba godzin kursów						
<table border="0"> <tr> <td>Full Time pełny wymiar</td> <td>Evening wieczorowy</td> <td>Other inny</td> </tr> </table>		Full Time pełny wymiar	Evening wieczorowy	Other inny	<table border="0"> <tr> <td>Year Rok</td> <td>Month Miesiąc</td> </tr> </table>		Year Rok	Month Miesiąc
Full Time pełny wymiar	Evening wieczorowy	Other inny						
Year Rok	Month Miesiąc							
7A. Number of hours per week you are required to attend above course, grade or faculty. Programowa liczba godzin kursu danej klasy lub programu w tygodniu.		7B. When did or will your current attendance begin? Od jakiej daty rozpoczęła się nauka lub od jakiej daty powinna się rozpocząć ?						
<table border="0"> <tr> <td>Hours per week Godziny tygodniowo ▶</td> </tr> </table>		Hours per week Godziny tygodniowo ▶	<table border="0"> <tr> <td>Year Rok</td> <td>Month Miesiąc</td> </tr> </table>		Year Rok	Month Miesiąc		
Hours per week Godziny tygodniowo ▶								
Year Rok	Month Miesiąc							
7C. When will your current attendance end? Od jakiej daty zakończyła się nauka lub od jakiej daty powinna się zakończyć ?		<table border="0"> <tr> <td>Year Rok</td> <td>Month Miesiąc</td> </tr> </table>		Year Rok	Month Miesiąc			
Year Rok	Month Miesiąc							
8. Give duration and reasons for any absence(s) during your current and past academic year plus any additional explanation with reference to question 6A above. Podać czas trwania i powód wszystkich nieobecności podczas obecnego i ubiegłego roku szkolnego oraz wszelkie dodatkowe wyjaśnienia wymagane w punkcie 6A..								
9. Have you applied for or are you receiving a Canada Pension Plan Benefit as a result of the disability or death of a contributor not identified in 1. Above? Czy składałeś już wniosek lub czy otrzymujesz zasiłek z Systemu rentowego Kanady z powodu inwalidztwa lub śmierci osoby ubezpieczonej nie wymienionej w punkcie 1 powyżej ?		<table border="0"> <tr> <td>Yes Tak ▶</td> <td rowspan="3">Social Insurance Number of that Contributor Numer kanadyjskiego ubezpieczenia społecznego tej osoby ubezpieczonej</td> </tr> <tr> <td>No Nie</td> </tr> </table>		Yes Tak ▶	Social Insurance Number of that Contributor Numer kanadyjskiego ubezpieczenia społecznego tej osoby ubezpieczonej	No Nie		
Yes Tak ▶	Social Insurance Number of that Contributor Numer kanadyjskiego ubezpieczenia społecznego tej osoby ubezpieczonej							
No Nie								

Canadian Social Insurance Number
Numer ubezpieczenia społecznego w Kanadzie

**IT IS AN OFFENCE UNDER CANADIAN LAW TO MAKE A FALSE OR MISLEADING STATEMENT IN THIS APPLICATION.
WSZELKIE FAŁSZYWE I WPROWADZAJĄCE W BŁĄD OŚWIADCZENIA ZAWARTE W NINIEJSZYM WNIOSKU STANOWIĄ
PRZESTĘPSTWO W ŚWIETLE PRAWA KANADYJSKIEGO**

I hereby declare that, to the best of my knowledge and belief, the information given above is true and complete. I understand to notify Service Canada should I interrupt or terminate my attendance at school or university. I hereby authorize the above school or university to provide the Canada Pension Plan Administration with information regarding my enrollment and attendance.

Oświadczam, że zgodnie z moją wiedzą i najlepszym przekonaniem wszystkie informacje zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą i są pełne. Jeżeli przerwę kursy lub przestanę uczęszczać do szkoły lub szkoły wyższej, zawiadomię o tym Service Canada. Upoważniam ww. szkołę lub szkołę wyższą do przekazywania Service Canada informacji dotyczących mojego zapisu do szkoły oraz mojego uczęszczania.

Date - Data	Signature of Student - Podpis uczącego się	Telephone Number - Numer telefonu
-------------	--	-----------------------------------

**SECTION B - TO BE COMPLETED BY SCHOOL OR UNIVERSITY
CZĘŚĆ B - WYPEŁNIA SZKOŁA LUB SZKOŁA WYŻSZA**

To the best of our knowledge and belief, the answers to the questions in Section A above, are correct unless otherwise stated below:
Zgodnie z moją wiedzą i najlepszym przekonaniem odpowiedzi w punktach części A są zgodne z prawdą, z zastrzeżeniem innych informacji podanych poniżej.

Additional Comments:
Dodatkowe komentarze:

Does the above noted course load meet or exceed the minimum requirement to be considered a full-time student at your school or university?

Czy wyżej podana ilość kursów spełnia lub przekracza minimum wymagań Twojej szkoły lub szkoły wyższej dla studentów/uczniów w pełnym wymiarze godzin?

Yes
Tak No
Nie

Name and Address of School or University Nazwa i adres szkoły lub szkoły wyższej	Name of Authorized Person - Nazwisko upoważnionej osoby
	Signature - Podpis
	Title - Tytuł
	Date - Data Telephone Number - Numer telefonu

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

Service Canada zapewnia świadczenia w ramach programu i usług Human Resources and Skills Development Canada w imieniu rządu Kanady.