



Service
Canada

Protected when completed - A
Objęte ochroną z chwilą wypełnienia

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

**GIVE THIS FORM TO YOUR PHYSICIAN
WITH THE MEDICAL REPORT**

**PROSIMY PRZEDŁOŻYĆ TEN FORMULARZ WRAZ Z
RAPORTEM LEKARSKIM SWOJEMU LEKARZOWI**

Consent for Service Canada to Obtain Personal Information **Formularz upoważnienia dla Service Canada do pozyskiwania danych osobowych**

Service Canada is authorized under Section 68 and 69 of the *Canada Pension Plan (CPP) Regulations* to receive personal (medical and non-medical) information about you to decide if you qualify or continue to qualify for CPP disability benefits. Your consent to permit Service Canada to obtain this information is necessary, should Service Canada need this information from persons and organizations listed on the following page.

W myśl artykułów 68 i 69 *Rozporządzenia o Systemie rentowym Kanady* Service Canada może pozyskiwać informacje (medyczne i inne) dotyczące Twojej osoby w celu ustalenia, czy możesz ubiegać się o świadczenia inwalidzkie z Systemu rentowego Kanady lub czy nadal masz do nich prawo. Twoje upoważnienie jest niezbędne dla uzyskania przez Service Canada tego rodzaju informacji od osób i instytucji wymienionych na następnym stronie.

Protecting your privacy:

Service Canada cannot give your personal information to any person or organization without your written consent, except where authorized by *CPP legislation*. You (or your authorized representative) have the right to request a copy of the information in your file and to request correction(s) to that information. Your personal information is accessible under the *Privacy Act*. It will be retained in Personal Information Bank (HRSDC PPU 175). Instructions for accessing this information are provided in the Info Source, a copy of which is located in Service Canada offices or at: infosource.gc.ca

Ochrona danych osobowych:

Service Canada nie ma prawa udostępniać Twoich danych komukolwiek bądź jakiegokolwiek instytucji bez otrzymania Twojego pisemnego upoważnienia, chyba że zezwala na to *System rentowy Kanady*. Ty (lub Twój pełnomocnik) masz prawo wystąpić o wydanie kopii informacji figurujących w Twoich aktach oraz zażądać, aby niektóre informacje zostały skorygowane, o ile jest to konieczne. Prawo wglądu w Twoje dane osobowe zapewnia *Ustawa o ochronie danych osobowych*, będą one przechowywane w kartotece danych osobowych HRSDC PPU 175. Wytyczne dotyczące dostępu do Twoich danych osobowych znajdują się w Info Source i można zapoznać się z nimi w biurach Service Canada lub na stronie internetowej: infosource.gc.ca

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.

Disponible en français

Instructions:

- Complete Sections 1 and 2 of this form; and
- Give this form to **your physician** with the medical report.

Instrukcje:

- Należy wypełnić część 1 i 2 niniejszego formularza oraz
- Przedłożyć ten formularz wraz z raportem lekarskim **swojemu lekarzowi**.

Section 1 - Client Information Część 1 - Informacje dotyczące klienta		
<input type="checkbox"/> Mr. Pan <input type="checkbox"/> Mrs. Pani <input type="checkbox"/> Miss Panna <input type="checkbox"/> Ms.		Social Insurance Number Numer ubezpieczenia społecznego
First Name and Initial Imię i inicjał		Family Name Nazwisko
Mailing address (No., Street, Apt., PO Box, or R.R.) Adres pocztowy (ulica i nr domu, nr mieszkania, skrytka pocztowa, R.R.)		City Miasto
Province or Territory Prowincja lub terytorium	Country (If other than Canada) Państwo - jeżeli nie jest to Kanada	Postal Code Kod pocztowy
Telephone Number Numer telefonu () -	Fax Number Numer faksu () -	

Consent to obtain personal information

I give Service Canada my consent to obtain personal information about me that would help decide if I qualify or continue to qualify for Canada Pension Plan disability benefits. For this reason, Service Canada may contact any of the following persons and organizations if necessary:

- medical doctors, consultant specialists, or health-care professionals
- medical facilities or hospitals
- educational institutions or other vocational agencies
- my accountant or book-keeper for information on self-employment
- administrators of disability insurance plans
- federal, provincial, territorial, or municipal government departments and agencies
- employers, former employers
- provincial or territorial workers' compensation boards
- financial institutions - for address updates only

Upoważnienie do pozyskiwania danych osobowych

Wyrażam zgodę, aby Service Canada pozyskiwała informacje dotyczące mojej osoby w celu ustalenia, czy mogę ubiegać się o świadczenia inwalidzkie z Systemu rentowego Kanady lub czy nadal mam do nich prawo. W związku z tym upoważniam Service Canada do kontaktowania się, o ile to konieczne, z następującymi osobami i instytucjami:

- lekarze, lekarze specjaliści lub pracownicy służby zdrowia
- zakłady zdrowotne lub szpitale
- placówki szkolne lub placówki kształcenia zawodowego
- księgowi lub urzędnicy księgowości w celu otrzymania informacji dotyczących pracy na własny rachunek
- przedstawiciele systemów ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa
- ministerstwa i centralne urzędy federalne, prowincji i terytorialne oraz urzędy miejskie
- pracodawca oraz poprzedni pracodawcy
- komisje prowincji oraz terytorialne ds. wypadków przy pracy
- instytucje finansowe (wyłącznie w celu otrzymania informacji dotyczących adresów)

Section 2 - I give my consent or I do not give my consent**Część 2 - Zgoda lub odmowa**

I give my consent to Service Canada to obtain medical and other personal information about me from all persons and organizations listed above. I understand that this information may help in determining if I qualify or continue to qualify for Canada Pension Plan disability benefits.

Wyrażam zgodę, aby Service Canada pozyskiwała informacje lekarskie lub inne dotyczące mojej osoby od wyżej wymienionych osób lub instytucji. Jestem świadomy, że informacje te mogą być pomocne dla Service Canada w celu ustalenia, czy mogę ubiegać się o świadczenia inwalidzkie z Systemu rentowego Kanady lub czy nadal mam do nich prawo.

I do not give my consent to Service Canada to obtain medical and other personal information about me from all persons and organizations listed above.

Nie wyrażam zgody, aby Service Canada pozyskiwała informacje lekarskie lub inne dotyczące mojej osoby od wyżej wymienionych osób lub instytucji.

I understand that my refusal means:

Jestem świadomy, że moja odmowa oznacza, iż:

- that Service Canada will make a decision based on the available information on my file; Service Canada wyda decyzję w oparciu o informacje znajdujące się w moich aktach;
- if I am already receiving disability benefits, Service Canada may stop paying me the benefits; and jeżeli otrzymuję świadczenia inwalidzkie, może nastąpić zaprzestanie ich wypłacania przez Service Canada;
- under certain circumstances, Service Canada can require that I provide the necessary information (*CPP Regulations* and Pension Appeals Board Rules of Procedures). w określonych okolicznościach Service Canada może zażądać dostarczenia przeze mnie niezbędnych informacji (w myśl *Rozporządzenia o Systemie rentowym Kanady* oraz procedur stosowanych przez Komisję odwoławczą ds. rentowych).

Signature: _____

Podpis: _____

Date of signature: _____

Data złożenia podpisu: _____

Year	Month	Day
Rok	Miesiąc	Dzień

To be completed by witness if signed with a mark "X" or by a representative of the applicant
Wypełnia świadek, jeżeli wnioskodawca podpisał się za pomocą znaku „X” lub jeżeli dokument został podpisany przez pełnomocnika wnioskodawcy.

First Name and Initial
Imię i inicjał

Family Name
Nazwisko

Telephone Number () -
Numer telefonu

Signature: _____

Podpis: _____

Witness signature
Podpis świadka

Date of signature: _____

Data złożenia podpisu: _____

Year	Month	Day
Rok	Miesiąc	Dzień

This signed consent is valid for up to **3 years** unless you cancel it in writing. A photocopy or fax of this completed form is as valid as the original.

Niniejszy formularz upoważnienia pozostaje ważny przez **trzy lata** od daty złożenia podpisu, o ile nie zostanie pisemnie odwołany. Kopia niniejszego wypełnionego formularza wykonana na fotokopiarce lub przekazana faksem jest równoważna z oryginałem.