Human Resources Development Canada | Développement des ressources humaines Canada

Protected when completed - B
Povjerljivo

HR - CAN 1 (DI)

PERSONAL INFORMATION
BANK HRDC PPU 175
OSOBNI PODACI
BANK HRDC PPU 175

APPLICATION FOR CANADA PENSION PLAN DISABILITY BENEFITS UNDER THE AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY BETWEEN CANADA AND THE REPUBLIC OF CROATIA
ZAHTJEV ZA INVALIDSKU MIROVINU IZ KANADSKOG MIROVINSKOG PLANA (SUSTAVA) PRIMJENOM UGOVORA O SOCIJALNOM OSIGURANJU IZMEDU KANADE I REPUBLIKE HRVATSKE

In which language do you wish to receive your correspondence?
Na kojem jeziku želite primati vaše dopise?
☐ English engleski ☐ French francuski

Please: Molim:
- READ THE ENCLOSED GUIDE PROČITAJTE UPUTE U DODATKU
- COMPLETE THE UNSHADED AREAS ONLY ISPUNITE SAMO OZNAČENA MJESTA

SECTION 1 - INFORMATION ABOUT THE CONTRIBUTOR - ODJELJAK 1 - OBAVIJESTI O UPLATITELJU DOPRINOSA

FOR USE BY THE CROATIAN INSTITUTE FOR PENSION INSURANCE ONLY SAMO ZA UPOTREBU HRVATSKOG ZAVODA ZA MIROVINSKO OSIGURANJE

1. Croatian Personal Identification Number OB (osobni broj) u Hrvatskoj
Croatian Pension Number Hrvatski broj mirovinskog osiguranja
Croatian Citizen's Registration Number JMBG (jedinstveni matični broj građana) u Hrvatskoj
Canadian Social Insurance Number Broj Kanadskog socijalnog osiguranja

Date of receipt: Datum primitka:

2. ☐ Male - Muško ☐ Female - Žensko
Given Name - Ime | Family Name - Prezime | Family Name at Birth - Djevojačko prezime

Verified by: Ovjereno:

3. Name on Canadian Social Insurance Card
Ime na karti Kanadskog socijalnog osiguranja
☐ same as in question 2 or isto kao u pitanju 2 ili

4. Date of Birth (Please provide birth or baptismal certificate)-Datum rođenja (Molimo dostavite rodni ili krsni list)
Day Dan | Month Mjesec | Year Godina

5. Marital Status Bračno stanje ☐ Single Samac ☐ Married Oženjen ☐ Separated Odvojen ☐ Widowed Udovac(ica) ☐ Divorced Razveden ☐ Common-Law Izvanbračna zajednica

6. Home Address (No., Street, Apt. No.) - Kućna adresa (broj, ulica, broj stana)
Postal Code - Poštanka oznaka | City, Town or Village - Mjesto, grad ili selo | Country - Zemlja

7. Mailing Address (No., Street, Apt. No.)
Adresa na koju primate poštu (broj, ulica, broj stana)
☐ same as in question 6 or isto kao u pitanju 6 ili

8. In which Canadian province did you last reside?
U kojoj ste kanadskoj provinciji imali posljednje prebivalište?

9. Indicate periods of residence and/or periods of employment in a country other than Canada and Croatia
Navedite razdoblja prebivanja i/ili razdoblja zaposlenja u zemljama izvan Kanade ili Hrvatske

Name of Country Ime Zemlja	Social Security Number in that Country Broj soc. osiguranja u toj zemlji	Residence - Prebivalište				Employment - Zaposlenje				Has a benefit been requested? Je li zatraženo davanje?	
		From - Od		To - Do		From - Od		To - Do			
		Month Mjesec	Year Godina	Month Mjesec	Year Godina	Month Mjesec	Year Godina	Month Mjesec	Year Godina	Yes Da	No Ne
										☐	☐
										☐	☐

10. Since January 1, 1966, have you or your spouse been eligible for Canadian Family Allowances or the Child Tax Benefit for a child born after December 31, 1958?
Od 1.1. 1966., jeste li vi ili vaš supružnik primali kanadski dodatak za dijete rođeno nakon 31. prosinca 1958?
Contributor - Osiguranik ☐ Yes Da ☐ No Ne
Spouse - Supružnik ☐ Yes Da ☐ No Ne

SECTION 2 - INFORMATION ABOUT THE CONTRIBUTOR'S CHILDREN - ODJELJAK 2 - OBAVIJESTI O DJECI OSIGURANIKA

11. Do you have children under the age of 18 in your custody and control?
Imate li djecu mlađu od 18 godina na vašoj brizi i uzdržavanju?
☐ Yes Da ☐ No Ne
If "Yes", please complete question 11 and attach a birth or baptismal certificate for each child.
Ako "Da", molimo ispunite pitanje 11 i priložite rodni ili krsni list za svako dijete.

Do you have children between the ages of 18 and 25 in full time attendance at school or university?
Imate li djecu između 18 i 25 godina na redovvitom školovanju ili studiju?
☐ Yes Da ☐ No Ne
If "Yes", each child should complete a separate application.
Ako "Da", svako dijete treba ispuniti poseban zahtjev.

11A. Child's Given Name - Ime djeteta | Family Name - Prezime

FOR USE BY THE CROATIAN INSTITUTE FOR PENSION INSURANCE ONLY-SAMO ZA UPOTREBU HRVATSKOG ZAVOOA ZA MIROVINSKO OSIGURANJE

☐ Male Muško ☐ Female Žensko

Date of Birth Datum rođenja: Day Dan | Month Mjesec | Year Godina

Verified by: - Ovjereno:

☐ Natural child Rođeno dijete ☐ Legally adopted child Zakonski posvojeno dijete ☐ Other Drugo _____

If you answered "Other", please explain the circumstances: - Ako odgovorite "Drugo", molimo objasnite okolnosti:

_____

(CE FORMULAIRE EST DISPONIBLE EN FRANÇAIS/CROATE - ISP 5291 F)
(OVAJ SE FORMULAR IZDAJE I NA FRANCUSKOM I HRVATSKOM - ISP 5291 F)

Canada

SECTION 2 - INFORMATION ABOUT THE CONTRIBUTOR'S CHILDREN (CONTINUED)
ODJELJAK 2 - OBAVIJESTI O OJECI OSIGURANIKA (NASTAVAK)

11B. Child's Given Name - Ime djeteta	Family Name - Prezime	FOR USE BY THE CROATIAN INSTITUTE FOR PENSION INSURANCE ONLY SAMO ZA UPOTREBU HRVATSKOG ZAVODA ZA MIROVINSKO OSIGURANJE
☐ Male / Muško ☐ Female / Žensko	Date of Birth / Datum rođenja — Day / Dan, Month / Mjesec, Year / Godina	Verified by: - Ovjereno:

☐ Natural child / Rođeno dijete ☐ Legally adopted child / Zakonski posvojeno dijete ☐ Other / Drugo _____

If you answered **"Other"**, please explain the circumstances: - Ako odgovorite **"Drugo"**, molimo objasnite okolnosti:

_____

_____

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.
AKO NEMA DOVOLJNO MJESTA ZA SVU VAŠU DJECU POD PITANJEM 11 I/ILI 12 MOLIMO UPOTRIJEBITE POSEBNI LIST PAPIRA I PRILOŽITE UZ OVAJ ZAHTJEV.

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:
Ako imate rođeno ili zakonski posvojeno dijete mlađe od 18 godina na brizi nekog drugog, molimo navedite slijedeće:

	Child's Full Name Ime i prezime djeteta	Custodian's Full Name Ime i prezime osobe koja ga uzdržava	Custodian's Address (No., Street, Apt. No.) Adresa uzdržavatelja (broj, ulica, broj stana)
12A.			
12B.			

13. On behalf of any of your children listed in question 11, has an application been made for, or have benefits been received from:
Da li je u ime kojega djeteta označeno pod brojem 11 podnesen zahtjev ili primljeno davanje od:

	Applied - Zahtjev	Received - Primljeno
Canada Pension Plan - Kanadskog mirovinskog plana	☐ Yes - Da ☐ No - Ne	☐ Yes - Da ☐ No - Ne
Quebec Pension Plan - Mirovinskog plana Quebec-a	☐ Yes - Da ☐ No - Ne	☐ Yes - Da ☐ No - Ne

If you answered **"Yes"** to either of the above, indicate under which Social Insurance Number.
Ako je odgovor **"Da"** na gore navedeno, navedite broj socijalnog osiguranja.

Social Insurance Number / Broj socijalnog osiguranja [ ] Social Insurance Number / Broj socijalnog osiguranja [ ]

IT IS AN OFFENCE UNDER CANADIAN LAW TO MAKE A FALSE OR MISLEADING STATEMENT IN THIS APPLICATION.
PREMA KANADSKOM ZAKONU PREKRŠAJ JE DAVATI LAŽNU ILI POGREŠNU IZJAVU U OVOM ZAHTJEVU.

SECTION 3 - TO BE SIGNED BY THE APPLICANT AND, IF APPLICANT SIGNS WITH MARK, BY A WITNESS.
ODJELJAK 3 - POTPISUJE PODNOSITELJ ZAHTJEVA I, AKO SE PODNOSITELJ ZAHTJEVA POTPISUJE ZNAKOM KRIŽIĆA, SVJEDOK:

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.**
Napomena: **Ako podnosite zahtjev u ime druge osobe, na posebnom papiru navedite vaše puno ime, adresu i razlog zbog kojeg vi podnosite zahtjev.**

14. DECLARATION OF APPLICANT - IZJAVA PODNOSITELJA ZAHTJEVA

I hereby apply for a disability benefit under the Canada Pension Plan and declare that, to the best of my knowledge, the information herein is true and complete. I agree to notify Human Resources Development Canada of any changes in circumstances which may affect my eligibility to benefits. I authorize the Croatian Institute for Pension Insurance to furnish to Human Resources Development 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 Privacy Act of Canada may be disclosed where authorized under the Canada Pension Plan.
Ovim tražim davanje za invalidsku mirovinu iz kanadskog mirovinskog plana (sustava) i izjavljujem da su prema mom znanju, ovdje date informacije istinite i potpune. Slažem se da obavijestim Ministarstvo za razvitak ljudskih resursa Kanade o svakoj promjeni u okolnostima koje mogu imati utjecaja na moj izbor davanja. Ovlašćujem Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje koja je stranka u ovom ugovoru, da daje sve informacije i dokaze Ministarstvu razvitka ljudskih resursa Kanade, koji se odnose ili se mogu odnositi na zahtjev za ovo davanje. Dalje, primam k znanju da su uvedeni osobni podaci predmet kanadskog Zakona o zaštiti osobnih podataka i da oni mogu biti saopćeni drugima ukoliko je to dozvoljeno Sustavom za socijalno osiguranje.

SIGNATURE OF APPLICANT
POTPIS PODNOSITELJA ZAHTJEVA ▶ _____

Date of Application - Datum zahtjeva
Day / Dan, Month / Mjesec, Year / Godina [ ]

Telephone Number
(including area, city or regional code)
Telefonski broj (uključujući pozivni broj)
[ ]

Note: **Signature by mark is acceptable if witnessed by any responsible person who must complete the declaration opposite.**

Napomena: **Potpisivanje križićem prihvatljivo je samo kada to potvrđuje odgovorna osoba, koja treba ispuniti izjavu svjedoka (desno).**

DECLARATION OF WITNESS
IZJAVA SVJEDOKA

I have read the contents of this application to the applicant who appeared to fully understand them and who made his or her mark in my presence.
Pročitao sam sadržaj ovog zahtjeva podnositelju zahtjeva, koji je izjavio da razumije sadržaj i koji je stavio znak križića u mojoj prisutnosti.

Signature of Witness
Potpis svjedoka

Name of Witness (Please Print)
Ime svjedoka (štampanim slovima)

Address of Witness (No., Street, Apt. No.)
Adresa svjedoka (broj, ulica, broj stana)

TO BE COMPLETED BY THE LIAISON AGENCY IN CANADA - POPUNJAVA KANADSKO TIJELO ZA VEZU

Date of Receipt Day / Month / Year	Eligibility Date Day / Month / Year	Date of Payment Day / Month / Year	Age A / B / T

Certified by:	Date	Verified by:	Date