



**APPLICATION FOR CANADIAN OLD AGE, RETIREMENT AND SURVIVORS
BENEFITS UNDER THE AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY BETWEEN
CANADA AND THE REPUBLIC OF CROATIA
ZAHTEV ZA KANADSKU STAROSNU I OBITELJSKU MIROVINU PRIMJENOM UGOVORA
O SOCIJALNOM OSIGURANJU IZMEĐU KANADE I REPUBLIKE HRVATSKE**

HR - CAN 1

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

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 - TO BE COMPLETED BY ALL APPLICANTS
ODJELJAK 1 - ISPUNJAVAJU SVI PODNOSITELJI ZAHTEVA**

1. SOCIAL SECURITY NUMBERS OF THE CONTRIBUTOR OR APPLICANT FOR AN OLD AGE SECURITY PENSION
BROJ SOCIJALNOG OSIGURANJA UPATITELJA DOPRINOSA ILI PODNOSITELJA ZAHTEVA ZA STAROSNU MIROVINU

Croatian Personal Identification Number OB (osobni broj) u Hrvatskoj _____

Croatian Pension Number Hrvatski broj mirovinskog osiguranja _____

Croatian Citizen's Registration Number JMBG (jedinствeni matični broj građana) u Hrvatskoj _____

Canadian Social Insurance Number Broj Kanadskog socijalnog osiguranja _____

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

Date of receipt:
Datum primitka:

2. INDICATE THE BENEFITS FOR WHICH YOU WISH TO APPLY AND SUBMIT THE REQUIRED DOCUMENTATION
OZNAČITE DAVANJA ZA KOJA PODNOSITE ZAHTEV I PRILOŽITE TRAŽENE DOKUMENTE

**A. BENEFIT BASED ON RESIDENCE IN CANADA AFTER REACHING AGE 18:
DAVANJE NA TEMELJU PREBIVANJA U KANADI NAKON NAVRŠENE 18. GODINE ŽIVOTA:**

**OLD AGE SECURITY PENSION
MIROVINA IZ OSIGURANJA ZA STAROST**

Complete: SECTIONS 1, 2, 3 and 7

Ispunite ODJELJKE 1, 2, 3 i 7

Submit:
Dostavite:

Indicate:
Navedite:

Day Month Year
Dan Mjesec Godina

- a birth or baptismal certificate
rodni ili krsni list
- date of birth
datum rođenja
- proof of the legal status of your residence in Canada at the time of your departure (Canadian citizenship card, immigration papers, etc.). IF YOU WERE BORN IN CANADA AND LIVED THERE CONTINUOUSLY UNTIL YOUR DEPARTURE, THIS PROOF IS NOT REQUIRED.
dokaz zakonskog statusa vašeg prebivanja u Kanadi u vrijeme vašeg odlaska (kanadsko državljanstvo, useljeničke potvrde itd.). AKO STE ROĐENI U KANADI I TAMO NEPREKIDNO ŽIVJELI DO ODLASKA, OVAJ DOKAZ NIJE POTREBAN.
- proof of the dates of your entry into and your departure from Canada (passports, visas, ship or airline tickets, etc.)
dokaz o datumima vašeg ulaska (u Kanadu) i vašeg odlaska iz Kanade (putovnica, vize, brodske ili zrakoplovne karte itd.)

Verified by:
Ovjereno:

Attached
Priloženo

Attached
Priloženo

**B. BENEFITS BASED ON CONTRIBUTIONS PAID TO THE CANADA PENSION PLAN SINCE JANUARY 1966:
DAVANJA NA OSNOVI DOPRINOSA UPŁAĆENIH U KANADSKI MIROVINSKI PLAN OD SIJEČNJA 1966:**

**RETIREMENT PENSION
STAROSNA MIROVINA**

Complete: SECTIONS 1, 2, 4 and 7

Ispunite ODJELJKE 1, 2, 3 i 7

Submit:
Dostavite:

Indicate:
Navedite:

Day Month Year
Dan Mjesec Godina

- a birth or baptismal certificate
rodni ili krsni list
- date of birth
datum rođenja

**SURVIVING SPOUSE'S PENSION
MIROVINA ZA NADŽIVJELOG SUPRUŽNIKA**

**CHILD'S BENEFITS
DAVANJA ZA DJECU**

**DEATH BENEFIT
DAVANJE ZA SLUČAJ SMRTI**

Complete: SECTIONS 1, 2, 5, 6 (if necessary) and 7

Ispunite ODJELJKE 1, 2, 5, 6 (ako je potrebno) i 7

Submit*:
Dostavite*:

Indicate:
Navedite:

Day Month Year
Dan Mjesec Godina

- a death certificate
smrtni list
- date of death
datum smrti
- a birth or baptismal certificate for the deceased contributor
rodni ili krsni list umrlog uplatitelja doprinosa
- date of birth of the deceased contributor
datum rođenja umrlog uplatitelja doprinosa
- a birth or baptismal certificate for the surviving spouse and each dependent child
rodni ili krsni list za nadživjelog supružnika i svako uzdržavano dijete
- date of birth of the surviving spouse
datum rođenja nadživjelog supružnika
- a marriage certificate
vjenčani list
- date of marriage
datum sklapanja braka

Day Month Year
Dan Mjesec Godina

Day Month Year
Dan Mjesec Godina

Day Month Year
Dan Mjesec Godina

* IF APPLYING FOR A DEATH BENEFIT ONLY, SUBMIT THE CONTRIBUTOR'S DEATH AND BIRTH OR BAPTISMAL CERTIFICATES ONLY.

* AKO SE PODNOSI ZAHTEV SAMO ZA DAVANJA ZA SLUČAJ SMRTI, PRILOŽITE SAMO DOKAZE O SMRTI I ROĐENJU ILI KRŠTENJU UPATITELJA DOPRINOSA.

Verified by:
Ovjereno:

IF YOU WISH TO APPLY FOR A CANADA PENSION PLAN DISABILITY BENEFIT, PLEASE COMPLETE FORM HR-CAN 1 (DI) WHICH IS AVAILABLE FROM THE SAME OFFICE FROM WHICH YOU OBTAINED THIS FORM.
AKO ŽELITE PODNIJETI ZAHTEV ZA DAVANJA IZ KANADSKOG MIROVINSKOG PLANA ZA INVALIDSKU MIROVINU, ISPUNITE FORMULAR HR-CAN 1 (DI), KOJI SE MOŽE NABAVITI NA ISTOM MJESTU GDJE STE NABAVILI I OVAJ FORMULAR.

SECTION 2 - GENERAL INFORMATION ABOUT THE CONTRIBUTOR OR APPLICANT FOR AN OLD AGE SECURITY PENSION

(To be completed by all applicants)

ODJELJAK 2 - OPĆE OBAVIJESTI O UPLATITELJU DOPRINOSA ILI PODNOSITELJU ZAHTJEVA ZA MIROVINU IZ OSIGURANJA ZA STAROST
(Ispunjavaju svi podnositelji zahtjeva)

3. <input type="checkbox"/> Male muško		<input type="checkbox"/> Female žensko									
4. GIVEN NAME - IME		FAMILY NAME - PREZIME		FAMILY NAME AT BIRTH DJEVOJAČKO PREZIME							
5. ADDRESS (No. and Street, Apt. No.) - ADRESA (broj i ulica, broj stana)				6. MAILING ADDRESS: <input type="checkbox"/> Same as in question 5 or ADRESA POŠTE: Isto kao pod pitanjem 5 ili							
Postal Code Poštanka oznaka		City, Town or Village Mjesto, grad ili selo		Country Zemlja (država)							
7. PLACE OF BIRTH - MJESTO ROĐENJA				8. NAME ON CANADIAN SOCIAL INSURANCE CARD IME NA KANADSKOJ OSIGURANIČKOJ KARTI <input type="checkbox"/> Same as in question 4 or Isto kao pod pitanjem 4 ili							
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 ZEMLJI - AMA OSIM KANADE I HRVATSKE											
NAME OF COUNTRY IME ZEMLJE	SOCIAL INSURANCE 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		Yes - Da	No - Ne
		Month Mjesec	Year Godina	Month Mjesec	Year Godina	Month Mjesec	Year Godina	Month Mjesec	Year Godina		
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? JESTE LI NAKON 1. SIJEČNJA 1966., VI ILI VAŠ SUPRUŽNIK PRIMALI KANADSKE OBITELJSKE DODATKE ZA DIJETE ROĐENO NAKON 31. PROSINCA 1958.?						CONTRIBUTOR UPLATITELJ DOPRINOSA		SPOUSE SUPRUŽNIK			
						<input type="checkbox"/> Yes Da		<input type="checkbox"/> No Ne		<input type="checkbox"/> Yes Da <input type="checkbox"/> No Ne	
11A. MARITAL STATUS BRAČNO STANJE				<input type="checkbox"/> Single Samac		<input type="checkbox"/> Married Oženjen		<input type="checkbox"/> Separated Razdvojen-a			
				<input type="checkbox"/> Widowed udovac-ica		<input type="checkbox"/> Divorced Razveden		<input type="checkbox"/> Common-Law Izvanbračna zajednica			
11B. SPOUSE'S FULL NAME - IME I PREZIME SUPRUŽNIKA						11C. SPOUSE'S DATE OF BIRTH DATUM ROĐENJA SUPRUŽNIKA		Day Dan		Month Mjesec	

SECTION 3 - TO BE COMPLETED WHEN APPLYING FOR AN OLD AGE SECURITY PENSION

(Otherwise, proceed to SECTION 4)

ODJELJAK 3 - ISPUNITE PRI PODNOŠENJU ZAHTJEVA ZA MIROVINU IZ OSIGURANJA ZA STAROST
(U suprotnom pređite na odjeljak 4)

12. IF BORN OUTSIDE CANADA, GIVE DATE AND PLACE OF ENTRY INTO CANADA AKO STE ROĐENI IZVAN KANADE, NAVEDITE DATUM I MJESTO ULASKA U KANADU				Day Dan		Month Mjesec		Year Godina		PLACE OF ENTRY - MJESTO ULASKA	
13. INDICATE THE LEGAL STATUS OF YOUR RESIDENCE IN CANADA AT THE TIME OF YOUR DEPARTURE FROM CANADA NAVEDITE ZAKONSKI STATUS PREBIVANJA U KANADI U VRIJEME ODLASKA IZ KANADE											
<input type="checkbox"/> Canadian Citizen Kanadski državljanin				<input type="checkbox"/> Permanent Resident (Landed Immigrant) Stanovnik bez vremenskog ograničenja (službeno primljeni useljenik)				<input type="checkbox"/> Admitted on a Minister's Permit Dopušteno ministarskom dozvolom			
<input type="checkbox"/> Other (specify) Ostalo (poblize navedite)											
14. LIST THE PLACES WHERE YOU HAVE LIVED FROM BIRTH TO THE PRESENT. Do not include changes within the same city, town or village. (If more space is needed, provide the information on a separate sheet of paper) NAVEDITE MJESTA GDJE STE ŽIVJELI OD ROĐENJA DO DANAS. Ne navodite promjene unutar istog mjesta, grada ili sela. (Ako vam je potrebno više mjesta koristite poseban papir)											
FROM - OD		TO - DO		CITY, TOWN OR VILLAGE MJESTO, GRAD ILI SELO	PROVINCE OR STATE PROVINCIJA ILI DRŽAVA	COUNTRY ZEMLJA					
Month Mjesec	Year Godina	Month Mjesec	Year Godina								
15. GIVE NAME, ADDRESS AND TELEPHONE NUMBER OF TWO PERSONS, NOT RELATED TO YOU BY BLOOD OR MARRIAGE, WITH WHOM WE CAN CONFIRM THE FACTS OF YOUR RESIDENCE IN CANADA. NAVEDITE IME, ADRESU I TELEFONSKI BROJ DVIJU OSOBA S KOJIMA NISTE U KRVNOJ ILI BRAČNOJ VEZI, PREKO KOJIH MOŽEMO POTVRDITI ČINJENICE VAŠEG PREBIVANJA U KANADI.											
NAME IME				ADDRESS ADRESA				TELEPHONE NUMBER (including area, city or regional code) TELEFONSKI BROJ (uključujući pozivni broj)			

SECTION 4 - TO BE COMPLETED WHEN APPLYING FOR A CANADA PENSION PLAN RETIREMENT PENSION

(Otherwise, proceed to SECTION 5)

ODJELJAK 4 - POPUNITE PRI PODNOŠENJU ZAHTJEVA ZA STAROSNU MIROVINU IZ KANADSKOG MIROVINSKOG PLANA (SUSTAVA)
(U suprotnom predite na odjeljak 5)**16A. WHEN DO YOU WISH YOUR RETIREMENT PENSION TO BEGIN?
KADA ŽELITE OSTVARITI PRAVO NA STAROSNU MIROVINU?**

Month Mjesec Year Godina OR earliest month eligible prvi mjesec koji se može odabrati
ILI

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**16B. IF YOU ARE AGE 60 TO 64 AND CONTRIBUTING TO THE CANADA PENSION PLAN, HAVE YOU OR WILL YOU HAVE CEASED OR SUBSTANTIALLY CEASED WORKING PRIOR TO THE DATE INDICATED IN 16A?
AKO IMATE IZMEĐU 60 I 64 GODINA I UPLAČUJETE DOPRINOSE U KANADSKI MIROVINSKI (PLAN) SUSTAV, NAMJERAVATE LI PRESTATI ILI STE PRESTALI RADITI PRIJE DATUMA NAVEDENOG U 16A?** Yes Da No NeIF "YES", WHEN DID YOU OR WILL YOU CEASE OR SUBSTANTIALLY CEASE WORKING?
AKO "DA", KADA ĆETE ILI KADA STE PRESTALI RADITI?

Month Mjesec Year Godina

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SECTION 5 - TO BE COMPLETED WHEN APPLYING FOR A SURVIVING SPOUSE'S PENSION OR A DEATH BENEFIT

(Otherwise, proceed to SECTION 6)

ODJELJAK 5 - ISPUNITE PRI PODNOŠENJU ZAHTJEVA ZA MIROVINU NADŽIVJELOG SUPRUŽNIKA ILI DAVANJE ZA SLUČAJ SMRTI
(U suprotnom, predite na odjeljak 6)**A. GENERAL INFORMATION ABOUT THE APPLICANT - OPĆI PODACI O PODNOSITELJU ZAHTJEVA****17. GIVEN NAME - IME****FAMILY NAME - PREZIME****FAMILY NAME AT BIRTH
DJEVOJAČKO PREZIME****18. ADDRESS (No. and Street, Apt. No.)
ADRESA (Broj i ulica, broj stana)**

Postal Code Poštanka oznaka City, Town or Village Mjesto, grad ili selo Country Zemlja

**19. MAILING ADDRESS:
ADRESA NA KOJU PRIMATE POŠTU:** Same as in question 18 or Iso kao u pitanju 18 ili**20. APPLICANT'S RELATIONSHIP TO THE DECEASED CONTRIBUTOR
SRODSTVO PODNOSITELJA ZAHTJEVA S UMRLIM UPLATITELJEM DOPRINOSA****21. IS THERE AN EXECUTOR, ADMINISTRATOR OR LEGAL REPRESENTATIVE OF THE ESTATE OF THE DECEASED CONTRIBUTOR? POSTOJI LI IZVRŠITELJ, ADMINISTRATOR (IZVRŠITELJ OPORUKE, SKRBNIK) ILI ZAKONSKI ZASTUPNIK UMROG UPLATITELJA DOPRINOSA?** Yes Da IF "YES", INDICATE WHETHER AKO "DA", NAVEDITE Same as in questions 17 and 18 or Isto kao u pitanju 17 i 18 ili No Ne As shown below Kako slijedi dolje

GIVEN NAME - IME

FAMILY NAME - PREZIME

ADDRESS (No. and Street, Apt. No.) - ADRESA (Broj i ulica, broj stana)

Postal Code - Poštanka oznaka

City, Town or Village - Mjesto, grad ili selo

Country - Zemlja

B. INFORMATION ABOUT THE SURVIVING SPOUSE - PODACI O NADŽIVJELOM SUPRUŽNIKU**22. SOCIAL INSURANCE NUMBER IN CANADA - BROJ SOCIJALNOG OSIGURANJA U KANADI**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

23. GIVEN NAME - IME Same as in question 17 or Isto kao u pitanju 17 ili**FAMILY NAME - PREZIME** Same as in question 17 or Isto kao u pitanju 17 ili**FAMILY NAME AT BIRTH
DJEVOJAČKO PREZIME** Same as in question 17 or Isto kao u pitanju 17 ili**24. ARE YOU DISABLED?
JESTE LI INVALID?** Yes Da No Ne**25. AT THE TIME OF THE CONTRIBUTOR'S DEATH, WERE YOU RESIDING WITH HIM OR HER? JESTE LI U VRIJEME SMRTI OSIGURANIKA ŽIVJELI S NJIM ILI S NJOM?** Yes Da No Ne**26. AT THE TIME OF THE CONTRIBUTOR'S DEATH, WERE YOU MARRIED TO HIM OR HER? JESTE LI U VRIJEME SMRTI OSIGURANIKA BILI U BRAKU S NJIM ILI S NJOM?** Yes Da No Ne**27. IF YOU WERE UNDER AGE 45 AT THE TIME OF THE CONTRIBUTOR'S DEATH, INDICATE IF YOU WERE MAINTAINING:
AKO STE U VRIJEME SMRTI OSIGURANIKA BILI MLAĐI OD 45 GODINA, NAVEDITE JESTE LI BILI UZDRŽAVANI:**

a) a child of the contributor under age 18. If the child was not in your custody and control, please explain the circumstances on a separate sheet of paper. dijete osiguranika mlađe od 18 godina. Ako dijete nije bilo na vašoj brizi i nadzoru, molimo objasnite okolnosti na posebnom listu papira. Yes Da No Ne

b) a disabled child of the contributor age 18 or over. nesposobno (invalidno) dijete osiguranika s 18 ili više godina. Yes Da No Ne

c) a child of the contributor age 18 to 25 in full-time attendance at school or university. If "Yes", please indicate on a separate sheet of paper the child's name and birth date and the name of the school or university he or she is attending. dijete osiguranika od 18 - 25 godina koje redovito pohađa školu ili fakultet. Ako "Da", molimo navedite na posebnom listu papira djetetovo ime i datum rođenja i ime škole ili fakulteta koju pohađa. Yes Da No Ne

**28. IF "YES" TO ANY OF THE QUESTIONS IN 27, HAVE YOU MAINTAINED THE CHILD FROM THE TIME OF THE CONTRIBUTOR'S DEATH TO THE PRESENT?
AKO JE ODGOVOR "DA" NA BILO KOJE PITANJE POD BROJEM 27, JESTE LI UZDRŽAVALI DIJETE OD SMRTI OSIGURANIKA DO DANAS?** Yes Da No Ne

SECTION 6 - TO BE COMPLETED WHEN APPLYING FOR A CHILD'S BENEFIT (Otherwise, proceed to SECTION 7)

Questions 30 and 31 to be completed only when the applicant is not the person named in question 17.

ODJELJAK 6 - ISPUNITE PRI PODNOŠENJU ZAHTJEVA ZA DAVANJA ZA DJECU (U suprotnom predite na odjeljak 7)

Na pitanja 30 i 31 treba odgovoriti samo u slučaju da podnositelj ovog zahtjeva nije istovjetan s osobom označena pod pitanjem 17.

29.	FULL NAME OF CHILD PUNO IME DJETETA	DATE OF BIRTH DATUM ROĐENJA			FOR USE BY THE CROATIAN INSTITUTE FOR PENSION INSURANCE ONLY-SAMO ZA UPOTREBU HRVATSKOG ZAVODA ZA MIROVINSKO OSIGURANJE	
		Day Dan	Month Mjesec	Year Godina		Verified by: - Ovjereneno: _____
30. GIVEN NAME - IME		FAMILY NAME - PREZIME				
31. ADDRESS (No. and Street, Apt. No.) - ADRESA (Broj i ulica, broj stana)						
Postal Code - Poštanka oznaka		City, Town or Village - Mjesto, grad ili selo		Country - Zemlja		

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

SECTION 7 - TO BE SIGNED BY THE APPLICANT**ODJELJAK 7 - POTPISUJE PODNOSITELJ ZAHTJEVA**

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 zahtjev podnosite u ime nekoga, navedite na posebnom listu papira vaše puno ime i adresu i razlog zbog kojeg vi podnosite zahtjev.

32. DECLARATION OF APPLICANT - IZJAVA PODNOSITELJA

I declare that, to the best of my knowledge, the information given in this application is true and complete. 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 Old Age Security Act or Canada Pension Plan.

Izjavljujem da su prema mom saznanju, podaci dani u ovom zahtjevu istiniti i potpuni. Ovlašćujem Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje koja je stranka u ovom ugovoru da pruži sve informacije i dokaze Ministarstvu za razvitak ljudskih resursa Kanade, koji se odnose ili se mogu odnositi na ovaj zahtjev za 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 Zakonom o starosnoj mirovini ili Sustavom za socijalno osiguranje.

SIGNATURE OF APPLICANT
POTPIS PODNOSITELJA ▶ _____

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

Napomena: Potpisivanjem križića prihvatljivo je samo kada to potvrđuje odgovorna osoba, koja treba ispuniti izjavu pod brojem 33.

33. DECLARATION OF WITNESS REQUIRED ONLY WHEN THE APPLICANT SIGNS WITH A MARK IZJAVA SVJEDOKA KOJA SE TRAŽI SAMO AKO SE PODNOSITELJ POTPISUJE ZNAKOM KRIŽIČA

I read the contents of this application to the applicant who appeared fully to understand and who made his or her mark in my presence.

Pročitao sam sadržaj ovog zahtjeva podnositelju zahtjeva koji ga potpuno razumije i koji je stavio križić u mom prisustvu.

SIGNATURE OF WITNESS
POTPIS SVJEDOKA

NAME OF WITNESS (Please print)
IME SVJEDOKA (štampanim slovima)

ADDRESS OF WITNESS
ADRESA SVJEDOKA

DATE OF APPLICATION
DATUM PODNOŠENJA ZAHTJEVA
Day Month Year
Dan Mjesec Godina

TELEPHONE NUMBER
(including area, city or regional code)
TELEFONSKI BROJ
(uključujući pozivni broj)

[]

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

Eligibility Date - OAS Day Month Year	Eligibility Date - CPP Day Month Year	Date of receipt Day Month Year	Age A B T	Residence Status X Y Z O
Payment Date - OAS Day Month Year	Payment Date - CPP Day Month Year	Elective Date Day Month Year	Residence (Transitional Rules) 3(1)(b) 3(1)(c)	Residence 3(1.1)

Aggregate	I certify that the applicant is eligible to receive the benefit(s) indicated as of the date(s) shown and that the benefit(s) is (are) payable under the provisions of the Old Age Security Act or the Canada Pension Plan.
Rounded Down	
	Certified by: _____ Date _____
	Verified by: _____ Date _____