

**ENTENTE EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ SOCIALE
ENTRE LE QUÉBEC ET LA GRÈCE
ΣΥΜΒΑΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΚΕΜΠΕΚ – ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΕΤΙΚΗ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ**

**Demande de prestations
du Régime de rentes du Québec
Αίτηση παροχών
του Κοινωνικού συστήματος συντάξεων του Κεμπέκ
(Régime de rentes du Québec)**

**Rentes d'invalidité
et d'enfant de personne invalide
Συντάξεις αναπηρίας και τέκνου ανάπηρου ατόμου**

IMPORTANT ΠΡΟΣΟΧΗ

Aucune prestation ne peut être versée si vous avez quitté définitivement le Canada avant 1966.

Demande de rente d'invalidité

Si vous avez moins de 65 ans, que vous avez suffisamment cotisé au Régime de rentes du Québec et que vous êtes invalide, vous pourriez avoir droit aux prestations d'invalidité de ce régime, c'est-à-dire :

- la rente d'invalidité;
- la rente d'enfant de personne invalide.

La Régie peut vous déclarer invalide si votre incapacité est grave et qu'elle doit durer indéfiniment. Vous devez être incapable, en raison de votre état de santé, d'exercer de façon régulière un emploi véritablement rémunérateur.

Cependant, si vous avez de 60 à 65 ans et que votre état de santé ne vous permet plus de faire le travail habituel que vous avez quitté en raison de votre invalidité, vous pourriez avoir droit à la rente d'invalidité.

Demande de rente d'enfant de personne invalide

Si la rente d'invalidité vous est accordée, vos enfants ou les enfants dont vous avez la charge pourraient avoir droit à une rente d'enfant de personne invalide jusqu'à 18 ans :

- s'il s'agit de vos enfants, qu'ils habitent ou non avec vous;
- s'il s'agit de vos belles-filles ou de vos beaux-fils et qu'ils habitent avec vous;
- s'il s'agit d'autres enfants qui habitent avec vous ou dont vous assurez la subsistance;
- et s'ils ne reçoivent pas déjà une rente du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada.

La rente d'enfant de personne invalide est versée chaque mois et son montant est fixe.

Paiement des rentes

Veuillez noter que les rentes sont :

- payables à la fin du mois à partir duquel vous y avez droit. Par exemple, si vous y avez droit à partir d'avril, le paiement sera fait à la fin d'avril;
- augmentées, en janvier de chaque année, en fonction du coût de la vie;
- imposables.

Accès aux documents des organismes publics et protection des renseignements personnels

Les renseignements personnels recueillis dans le présent formulaire sont nécessaires à l'étude de votre demande. L'omission de les fournir peut entraîner un retard ou un rejet de traitement. Seuls les membres autorisés de notre personnel y ont accès. Ces renseignements sont communiqués à d'autres personnes ou organismes pour vérification auprès d'eux seulement dans les cas prévus par la loi. Ils peuvent aussi servir à des fins de recherche, d'évaluation, d'enquête ou de sondage. La *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* vous permet de consulter et de faire rectifier vos renseignements personnels.

Καμία παροχή δεν καταβάλλεται σε άτομο που εγκατέλειψε οριστικά τον Καναδά πριν από το 1966.

Αίτηση για σύνταξη αναπηρίας

Αν είστε κάτω των 65 ετών, έχετε καταβάλει επαρκείς εισφορές στο Régime de rentes du Québec [Σύστημα επιδομάτων του Κεμπέκ] και είστε άτομο με αναπηρία, ενδέχεται να δικαιούστε παροχές αναπηρίας από το σύστημα αυτό, ήτοι:

- Επίδομα αναπηρίας
- Επίδομα τέκνου ατόμου με αναπηρία.

Η Régie des rentes du Québec [Ασφαλιστικός φορέας επιδομάτων του Κεμπέκ] μπορεί να σας θεωρήσει ως ανάπηρο αν η αναπηρία σας είναι βαριά και αορίστου χρόνου. Πρέπει να μην είστε σε θέση, λόγω της κατάστασης της υγείας σας, να ασκήσετε κανονικά μία δραστηριότητα που επιφέρει ουσιαστικό εισόδημα.

Ωστόσο, αν είστε μεταξύ 60 και 65 ετών και η κατάσταση της υγείας σας δε σας επιτρέπει πλέον να ασκήσετε την συνήθη εργασία που σταματήσατε λόγω της αναπηρίας σας, είναι πιθανόν να δικαιούστε επίδομα αναπηρίας.

Αίτηση για σύνταξη τέκνου ανάπηρου ατόμου

Αν σας χορηγηθεί επίδομα αναπηρίας, τα τέκνα σας ή τα συντηρούμενα τέκνα σας είναι πιθανόν να δικαιούνται επίδομα τέκνου ατόμου με αναπηρία μέχρι την ηλικία των 18 ετών :

- αν πρόκειται για τα τέκνα σας, είτε κατοικούν μαζί σας είτε όχι
- αν πρόκειται για τις νύφες ή τους γαμπρούς σας, οι οποίοι κατοικούν μαζί σας
- αν πρόκειται για άλλα τέκνα που κατοικούν μαζί σας ή για τα οποία έχετε αναλάβει τη συντήρηση
- αν δεν εισπράττουν ήδη επίδομα από το Régime de rentes du Québec [Σύστημα επιδομάτων του Κεμπέκ] ή το Régime de pensions du Canada [Σύστημα συντάξεων του Καναδά].

Το επίδομα τέκνου ατόμου με αναπηρία καταβάλλεται μηνιαίως και το ποσό του είναι σταθερό.

Καταβολή επιδόματος

Πρέπει να γνωρίζετε ότι το συνταξιοδοτικό επίδομα :

- καταβάλλεται στο τέλος του πρώτου μήνα από τον οποίο δικαιούστε το επίδομα. Έτσι, αν το δικαίωμά σας ισχύει από τον Απρίλιο, η καταβολή θα πραγματοποιηθεί τέλος Απριλίου
- αυξάνεται κάθε Ιανουάριο, βάσει του κόστους ζωής
- φορολογείται.

Πρόσβαση στα έγγραφα των δημόσιων οργανισμών και προστασία προσωπικών δεδομένων

Τα προσωπικά δεδομένα που περισυλλέγονται μέσω αυτού του εντύπου είναι απαραίτητα για την έγκυρη μελέτη της αίτησής σας. Η μη παροχή τους μπορεί να αποτελέσει αιτία καθυστέρησης ή απόρριψης της επεξεργασίας της. Μόνο τα εξουσιοδοτημένα μέλη του προσωπικού μας έχουν πρόσβαση σε αυτά. Τα δεδομένα αυτά διαβιβάζονται σε άλλα πρόσωπα ή οργανισμούς για την επαλήθευσή τους, και αυτό μόνο στις περιπτώσεις που προβλέπει ο νόμος. Μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν στα πλαίσια έρευνας, αξιολόγησης, εξέτασης ή σφυγμομέτρησης. Χάρη στον νόμο περί πρόσβασης στα έγγραφα των δημόσιων οργανισμών και περί προστασίας προσωπικών δεδομένων, έχετε τη δυνατότητα να συμβουλευτείτε τα προσωπικά σας δεδομένα και να ζητήσετε τη διόρθωσή τους.

**DEMANDE DE PRESTATIONS DU RÉGIME DE RENTES DU QUÉBEC EN VERTU
DE L'ENTENTE EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ SOCIALE ENTRE LE QUÉBEC ET LA GRÈCE
ΑΙΤΗΣΗ ΠΑΡΟΧΩΝ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ ΤΟΥ ΚΕΜΠΕΚ (RÉGIME DE RENTES DU QUÉBEC)
ΔΥΝΑΜΕΙ ΤΗΣ ΣΥΜΦΩΝΙΑΣ ΚΕΜΠΕΚ-ΕΛΛΑΔΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ**

Note : Cette demande doit être remplie par le cotisant. Le terme « cotisant » désigne la personne qui a versé des cotisations au Régime de rentes du Québec.

Σημείωση: Αυτή η αίτηση πρέπει να συμπληρωθεί από τον συνεισφέροντα. Ο όρος «συνεισφέρων» υποδηλώνει το άτομο που κατέβαλε εισφορές στο Συνταξιοδοτικό σύστημα του Κεμπέκ (Régime de rentes du Québec).

Veillez écrire en lettres détachées. / Παρακαλούμε να γράψετε με κεφαλαία γράμματα.

**Partie
Μέρος**

A

**RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LE COTISANT
ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ**

Inscrire le numéro d'assurance sociale du cotisant au Canada
Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης του ασφαλισμένου στον Καναδά

1 Langue de correspondance souhaitée Γλώσσα αλληλογραφίας <input type="checkbox"/> Français / Γαλλικά <input type="checkbox"/> Anglais / Αγγλικά		Indiquez la dernière province de résidence du cotisant au Canada. Σημειώστε την τελευταία επαρχία κατοικίας του ασφαλισμένου στον Καναδά.	
Date d'arrivée au Canada Ημερομηνία άφιξης στον Καναδά année / Έτος mois / Μήνας jour / Ημέρα		Date de départ du Canada Ημερομηνία αναχώρησης από τον Καναδά année / Έτος mois / Μήνας jour / Ημέρα	
2 Sexe Φύλο <input type="checkbox"/> F / Θ <input type="checkbox"/> M / Α	Nom de famille du cotisant Επώνυμο του συνεισφέροντος		Prénom Μικρό όνομα
Nom de famille à la naissance si différent Επώνυμο κατά τη γέννηση (εάν ήταν διαφορετικό)		Prénom à la naissance si différent Μικρό όνομα κατά τη γέννηση, εάν ήταν διαφορετικό	
3 Numéro d'assurance sociale du cotisant au Canada Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης του ασφαλισμένου στον Καναδά		Prénom du père Μικρό όνομα του πατέρα	
Prénom de la mère Μικρό όνομα της μητέρας		Nom de la mère à la naissance Γένος της μητέρας	
4 Numéro de sécurité sociale en Grèce Αριθμός εθνικής ασφάλισης στην Ελλάδα			
5 Adresse (numéro, rue, appartement, case postale) Διεύθυνση (αριθμός, οδός, διαμέρισμα, ταχυδρομική θυρίδα)			
Ville Πόλη	Province ou État Επαρχία/Νομός	Pays Χώρα	Code postal Ταχυδρομικός τομέας
Téléphone Τηλέφωνο Au domicile / Οικίας		Autre Άλλο	
Poste Θέση			
6 Date de naissance (année, mois, jour) Ημερομηνία γέννησης (Έτος, Μήνας, Ημέρα)		Lieu de naissance (ville, province ou État, pays) Τόπος γέννησης (Πόλη, Επαρχία/Νομός, Χώρα)	
7 État matrimonial Νομική υπόσταση του ασφαλισμένου <input type="checkbox"/> Célibataire / Ανύπαντρος <input type="checkbox"/> Marié depuis / Έγγαμος <input type="checkbox"/> Veuf depuis / Χήρος ή χήρα <input type="checkbox"/> Divorcé depuis / Διαζευγμένος-η <input type="checkbox"/> Séparé légalement depuis / Χωρισμένος σύμφωνα με το νόμο année / Έτος mois / Μήνας année / Έτος mois / Μήνας année / Έτος mois / Μήνας année / Έτος mois / Μήνας			
8 Le cotisant reçoit-il ou a-t-il reçu ou demandé des prestations en vertu du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada? (Ne pas tenir compte de la pension de la Sécurité de la vieillesse du Canada) Ο ασφαλισμένος λαμβάνει, έλαβε ή έχει ζητήσει παροχές δυνάμει του Κοινωνικού συστήματος συντάξεων του Κεμπέκ ή εκείνου του Καναδά (Régime de pensions du Canada)? (Δε λαμβάνεται υπόψη η γεροντική σύνταξη του Καναδά – Sécurité de la vieillesse du Canada) <input type="checkbox"/> Oui / Ναι <input type="checkbox"/> Non / Όχι Si oui, indiquez sous quel numéro d'assurance sociale au Canada : Αν ναι, γράψτε με ποιον αριθμό κοινωνικής ασφάλισης του Καναδά.			

--	--	--

9 Le cotisant a-t-il participé à un régime de sécurité sociale dans un pays autre que le Canada et la Grèce?
Ο ασφαλισμένος έχει συμμετάσχει σε κάποιο Σύστημα κοινωνικής ασφάλισης άλλης χώρας εκτός του Καναδά και της Ελλάδας;

Oui. Remplissez ce qui suit.
Ναι. Συμπληρώστε τα κάτωθι.

Non. Passez à la section 10.
Όχι. Πηγαίνετε στην ερώτηση 10.

1^{er} pays : _____ Numéro de sécurité sociale dans ce pays : _____
1^η χώρα; _____ Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης σ'αυτή τη χώρα; _____

2^e pays : _____ Numéro de sécurité sociale dans ce pays : _____
2^η χώρα; _____ Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης σ'αυτή τη χώρα; _____

Nom de la caisse de retraite
Όνομα του συνταξιοδοτικού ταμείου _____

10 Certaines conditions peuvent aider une personne à devenir admissible à une rente ou à faire augmenter son montant :
Ορισμένες συνθήκες μπορούν να βοηθήσουν κάποιον ν'αποκτήσει δικαίωμα σύνταξης ή να αυξήσει το ποσό της :

- si le cotisant a reçu des prestations familiales pour un enfant (Soutien aux enfants, allocation familiale du Québec ou prestation fiscale canadienne pour enfants);
- αν ο καταβάλλων εισφορά εισέπραξε οικογενειακές παροχές για ένα τέκνο (Στήριξη τέκνων, οικογενειακό επίδομα του Κεμπέκ ή επίδομα φόρου τέκνων)
- si le cotisant était admissible à des prestations familiales, mais qu'il n'en a pas reçu en raison d'un revenu familial trop élevé.
- αν ο καταβάλλων εισφορά ήταν δικαιούχος οικογενειακού επιδόματος, αλλά δεν το εισέπραξε λόγω υπερβολικά υψηλού οικογενειακού εισοδήματος.

A. Le cotisant a-t-il eu ou pris en charge des enfants nés après le 31 décembre 1958?
Ο καταβάλλων εισφορά είχε ή ανέλαβε την ευθύνη τέκνων που γεννήθηκαν μετά την 31^η Δεκεμβρίου 1958;

Oui. Passez à la question B.
Ναι. Περσάτε στην ερώτηση B.

Non. Passez à la prochaine partie.
Όχι. Περσάτε στο επόμενο μέρος.

B. Le cotisant a-t-il reçu À SON NOM des prestations familiales pour un enfant né après le 31 décembre 1958 ou, s'il n'en a pas reçu, était-ce en raison d'un revenu familial trop élevé? (Ces prestations sont habituellement versées à la mère.)
Ο καταβάλλων εισφορά εισέπραξε ΣΤΟ ΟΝΟΜΑ ΤΟΥ οικογενειακό επίδομα για ένα τέκνο γεννημένο μετά την 31^η Δεκεμβρίου 1958 ή, αν δεν το εισέπραξε, αυτό οφειλόταν σε υπερβολικά υψηλό οικογενειακό εισόδημα; (Αυτές οι παροχές καταβάλλονται συνήθως στη μητέρα.)

Oui. Remplissez le tableau ci-dessous.
Ναι. Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα.

Non. Passez à la prochaine partie.
Όχι. Περσάτε στο επόμενο μέρος.

Renseignements sur les enfants nés après le 31 décembre 1958
Πληροφορίες για τα παιδιά που γεννήθηκαν μετά την 31^η Δεκεμβρίου 1958

1^{er}	Nom de famille à la naissance Επώνυμο κατά τη γέννηση	Prénom de l'enfant Μικρό όνομα του παιδιού	Date de naissance Ημερομηνία γέννησης <small>année / Έτος mois / Μήνας jour / Ημέρα</small>
	Lieu de naissance (ville, province ou État, pays) Τόπος γέννησης (πόλη, επαρχία/νομός, χώρα)	Date d'adoption ou de prise en charge (s'il y a lieu) Ημερομηνία υιοθέτησης ή ανάληψης ευθύνης <small>(αν κρίνεται αναγκαίο) année / Έτος mois / Μήνας</small>	Date de décès (si l'enfant est décédé avant l'âge de 7 ans) Ημερομηνία θανάτου (αν το τέκνο απεβίωσε πριν το 7 ^ο έτος του) <small>année / Έτος mois / Μήνας</small>
	Si né hors du Canada Εάν γεννήθηκε εκτός Καναδά	Date d'arrivée au Canada Ημερομηνία εισόδου στον Καναδά <small>année / Έτος mois / Μήνας</small>	Date de départ du Canada Ημερομηνία αποχώρησης από τον Καναδά <small>année / Έτος mois / Μήνας</small>
	Province de résidence lors de l'arrivée au Canada Επαρχία κατοικίας κατά την άφιξη στον Καναδά		
2^e	Nom de famille à la naissance Επώνυμο κατά τη γέννηση	Prénom de l'enfant Μικρό όνομα του παιδιού	Date de naissance Ημερομηνία γέννησης <small>année / Έτος mois / Μήνας jour / Ημέρα</small>
	Lieu de naissance (ville, province ou État, pays) Τόπος γέννησης (πόλη, επαρχία/νομός, χώρα)	Date d'adoption ou de prise en charge (s'il y a lieu) Ημερομηνία υιοθέτησης ή ανάληψης ευθύνης <small>(αν κρίνεται αναγκαίο) année / Έτος mois / Μήνας</small>	Date de décès (si l'enfant est décédé avant l'âge de 7 ans) Ημερομηνία θανάτου (αν το τέκνο απεβίωσε πριν το 7 ^ο έτος του) <small>année / Έτος mois / Μήνας</small>
	Si né hors du Canada Εάν γεννήθηκε εκτός Καναδά	Date d'arrivée au Canada Ημερομηνία εισόδου στον Καναδά <small>année / Έτος mois / Μήνας</small>	Date de départ du Canada Ημερομηνία αποχώρησης από τον Καναδά <small>année / Έτος mois / Μήνας</small>
	Province de résidence lors de l'arrivée au Canada Επαρχία κατοικίας κατά την άφιξη στον Καναδά		
3^e	Nom de famille à la naissance Επώνυμο κατά τη γέννηση	Prénom de l'enfant Μικρό όνομα του παιδιού	Date de naissance Ημερομηνία γέννησης <small>année / Έτος mois / Μήνας jour / Ημέρα</small>
	Lieu de naissance (ville, province ou État, pays) Τόπος γέννησης (πόλη, επαρχία/νομός, χώρα)	Date d'adoption ou de prise en charge (s'il y a lieu) Ημερομηνία υιοθέτησης ή ανάληψης ευθύνης <small>(αν κρίνεται αναγκαίο) année / Έτος mois / Μήνας</small>	Date de décès (si l'enfant est décédé avant l'âge de 7 ans) Ημερομηνία θανάτου (αν το τέκνο απεβίωσε πριν το 7 ^ο έτος του) <small>année / Έτος mois / Μήνας</small>
	Si né hors du Canada Εάν γεννήθηκε εκτός Καναδά	Date d'arrivée au Canada Ημερομηνία εισόδου στον Καναδά <small>année / Έτος mois / Μήνας</small>	Date de départ du Canada Ημερομηνία αποχώρησης από τον Καναδά <small>année / Έτος mois / Μήνας</small>
	Province de résidence lors de l'arrivée au Canada Επαρχία κατοικίας κατά την άφιξη στον Καναδά		

C. De la naissance de chacun des enfants jusqu'à son 7^e anniversaire, y a-t-il des périodes pendant lesquelles le cotisant ne recevait pas de prestations familiales à son nom?
Από τη γέννηση καθενός από τα παιδιά έως τα 7 χρόνια του, υπήρξαν περιοδοί όπου ο ασφαλισμένος δεν ελάμβανε οικογενειακές παροχές στο όνομά του;

Oui
Ναι

Non
Όχι

D. Depuis sa naissance ou son arrivée au Canada jusqu'à son 7^e anniversaire, chaque enfant a-t-il toujours résidé avec le cotisant au Canada?
Από την ημερομηνία γέννησης ή άφιξής του στον Καναδά μέχρι και το 7^ο έτος του, κάθε παιδί κατοικούσε πάντα με τον καταβάλλοντα εισφορά στον Καναδά;

Oui
Ναι

Non
Όχι

Si l'espace est insuffisant, ajoutez une note à la page 11.
Εάν ο χώρος δεν επαρκεί, προσθέστε τις σημειώσεις σας στην σελίδα 11.

--	--	--

Partie
Μέρος

B

**DEMANDE DE PRESTATIONS D'INVALIDITÉ
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ**

1 Avez-vous déjà fait une demande à la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) à la suite d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle?
Έχετε κάνει ποτέ αίτηση στην Επιτροπή υγείας και ασφάλειας της εργασίας (Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST)) εξαιτίας ενός εργατικού ατυχήματος ή μιας επαγγελματικής ασθένειας;

Non
Όχι

Oui, mais je n'ai pas reçu de réponse.
Ναι, αλλά δεν έλαβα απάντηση.

Oui, et la CSST a accepté ma demande.
Ναι, και η CSST αποδέχτηκε το αίτημά μου.

Oui, mais la CSST a refusé ma demande.
Ναι, αλλά η CSST απέρριψε το αίτημά μου.



Numéro de votre dossier (CSST) :
Αριθμός πρωτοκόλλου της υπόθεσής σας:

2 Avez-vous déjà fait une demande d'indemnité à la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)?
Έχετε κάνει ποτέ αίτηση για αποζημίωση στον Οργανισμό ασφάλειας αυτοκινήτου του Κεμπέκ (Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ));

Non
Όχι

Oui. Numéro de votre dossier (SAAQ) :
Ναι. Αριθμός πρωτοκόλλου της υπόθεσής σας:

3 Avez-vous fait au Canada une demande à une compagnie d'assurances ou à un autre organisme concernant votre invalidité?
Έχετε κάνει στον Καναδά αίτηση σε κάποια ασφαλιστική εταιρεία ή σε κάποιον άλλον οργανισμό αναφορικά με την αναπηρία σας;

Non
Όχι

Oui. Numéro de votre dossier :
Ναι. Αριθμός πρωτοκόλλου της υπόθεσής σας:

Nom de la compagnie ou de l'organisme :
Όνομα της εταιρείας ή του οργανισμού

**Renseignements sur votre situation de travail
Πληροφορίες για την επαγγελματική σας κατάσταση**

4 A. Date du début de votre emploi actuel ou du dernier emploi occupé
Ημερομηνία έναρξης της σημερινής σας εργασίας ή της τελευταίας εργασίας που ασκήσατε

Année Étos Mois Μήνας Jour Μέρα

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

B. Avez-vous cessé complètement de travailler dans votre pays ou dans un autre pays?
Έχετε πάψει στην εντέλεια να εργάζεστε στη χώρα σας ή σε κάποια άλλη χώρα;

Oui. Date de votre dernière journée de présence au travail
Ναι. Ημερομηνία της τελευταίας ημέρας στη δουλειά

Année Étos Mois Μήνας Jour Μέρα

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

Non. Combien d'heures par semaine travaillez-vous?
Όχι. Πόσες ώρες την εβδομάδα εργάζεστε;

Heures Ώρες

Combien gagnez-vous par semaine (en monnaie du pays)?
Πόσα κερδίζετε την εβδομάδα (σε νόμισμα της χώρας);

C. Pour quelles raisons avez-vous cessé partiellement ou complètement de travailler?
Ποιοί είναι οι λόγοι για τους οποίους σταματήσατε, πλήρως ή μερικώς, να εργάζεστε;

D. Quel est ou était le titre de votre emploi?
Ποιός είναι ή ποιός ήταν ο τίτλος της θέσης σας;

Descrивez brièvement votre travail :

Περιγράψτε εν συντομία τα καθήκοντά σας

E. Nom du dernier employeur :
Όνομα του τελευταίου εργοδότη

Téléphone :
Τηλέφωνο

Poste
Θέση

Occupez-vous un 2^e emploi?
Έχετε δεύτερη εργασία;

Oui.
Ναι.

Non
Όχι

--	--	--

Renseignements sur votre situation de travail (Suite)
Πληροφορίες για την επαγγελματική σας κατάσταση (Συνέχεια)

5

Nom de l'employeur Όνομα εργοδότη	Titre de l'emploi Τίτλος θέσης	Durée / Διάρκεια				Raison du départ Αιτία αποχώρησης
		De / Από		À / Έως		
		Année Έτος	Mois Μήνας	Année Έτος	Mois Μήνας	

6 **Note :** Par "travailleur autonome", on entend la personne qui exécute un travail pour son compte ou qui est propriétaire d'une entreprise, enregistrée ou non. La personne propriétaire d'une compagnie (incorporée) n'est pas considérée comme un travailleur autonome, mais comme un salarié.

Σημείωση: Ως "ελεύθερος επαγγελματίας" νοείται το άτομο που ασκεί ένα επάγγελμα για λογαριασμό του ή που είναι ιδιοκτήτης επιχείρησης, είτε αυτή είναι εγγεγραμμένη, είτε όχι. Ο ιδιοκτήτης (συσταθείσας) εταιρείας δεν θεωρείται ως ελεύθερος επαγγελματίας αλλά ως υπάλληλος.

Êtes-vous ou étiez-vous un **travailleur autonome**? Oui. **Remplissez ce qui suit.** Non. **Passez à la section 7.**
Είστε ή είσασαν ελεύθερος επαγγελματίας; Ναι. **Συμπληρώστε τα ακόλουθα.** Όχι. **Πηγαίνετε στην ερώτηση 7.**

A. Inscrivez le nom et l'adresse de votre entreprise.
Επωνυμία και διεύθυνση της επιχείρησης.

Nom de votre entreprise Επωνυμία της επιχείρησης			
Adresse (numéro, rue, bureau, case postale) Διεύθυνση (αριθμός, οδός, γραφείο, ταχυδρομική θυρίδα)			
Ville Πόλη	Province ou État Επαρχία/Νομός	Pays Χώρα	Code postal Ταχυδρομικός τομέας

B. Indiquez la spécialité de l'entreprise et précisez vos fonctions.
Υποδείξτε τον τομέα ειδίκευσης της επιχείρησης και διευκρινίστε τα καθήκοντά σας.

Spécialité : _____
Ειδικότητα:

Fonctions : _____
Καθήκοντα

C. Pourcentage de l'entreprise détenu : 100 % Autre. Précisez : _____ %
Τι ποσοστό της επιχείρησης κατέχετε;

D. Êtes-vous ou étiez-vous un travailleur à votre compte? Oui Non
Είστε ή είσασαν εργαζόμενος για λογαριασμό σας; Ναι Όχι

E. Nombre d'employés : _____
Πόσους εργαζόμενους έχετε;

--	--	--

Renseignements sur votre situation de travail (Suite)
Πληροφορίες για την επαγγελματική σας κατάσταση (Συνέχεια)

- F.** Votre entreprise est-elle toujours en activité?
 Η επιχείρησή σας λειτουργεί ακόμα; Oui / Ναι Non / Όχι
- G.** Indiquez le nombre d'heures travaillées par mois :
 Σημειώστε πόσες ώρες εργάζεστε το μήνα; [] Avant votre invalidité / Πριν από την αναπηρία [] Depuis votre invalidité / Μετά από την αναπηρία
- H.** Indiquez par mois le nombre d'heures de travail des membres de votre famille qui ne reçoivent pas de salaire :
 Σημειώστε πόσες ώρες το μήνα εργάζονται τα μέλη της οικογένειάς σας τα οποία δεν παίρνουν μισθό. [] Avant votre invalidité / Πριν από την αναπηρία [] Depuis votre invalidité / Μετά από την αναπηρία
- I.** Indiquez les revenus nets de ce travail :
 Υποδείξτε το καθαρό εισόδημα αυτής της εργασίας. [] Avant votre invalidité / Πριν από την αναπηρία [] Depuis votre invalidité / Μετά από την αναπηρία

Renseignements sur votre état de santé
Πληροφορίες αναφορικά με την κατάσταση της υγείας σας

- 7** Depuis quelle date votre état de santé vous rend-il incapable de travailler régulièrement?
 Από ποιά ημερομηνία δεν είστε σε θέση να εργαστείτε κανονικά λόγω της κατάστασης της υγείας σας; Année / Έτος Mois / Μήνας Jour / Μέρα
- 8** Indiquez les maladies ou les déficiences qui vous empêchent de travailler régulièrement ou vous limitent dans votre travail. Si vous ne connaissez pas les termes médicaux, employez vos propres termes.
 Υποδείξτε τις ασθένειες ή τις ανεπάρκειες που αποτελούν εμπόδιο ή που σας περιορίζουν στην εργασία σας. Αν δεν γνωρίζετε τους ιατρικούς όρους, χρησιμοποιήστε τους δικούς σας.
- 9** Énumérez les médicaments que vous prenez actuellement.
 Απαριθμήστε τα φάρμακα που παίρνετε τώρα.

Nom du médicament Όνομα φαρμάκου	Quelle dose prenez-vous? Τι δόση παίρνετε;	Quand le prenez-vous? Πότε το παίρνετε;

--	--	--

Renseignements sur votre état de santé (Suite)
Πληροφορίες αναφορικά με την κατάσταση της υγείας σας (Συνέχεια)

10 Précisez tout autre traitement (physiothérapie, psychothérapie, etc.) suivi actuellement et l'endroit où vous le suivez.
Διευκρινίστε οποιαδήποτε άλλη θεραπεία (φυσιοθεραπεία, ψυχοθεραπεία, κλπ) που ακολουθείτε σήμερα και τον τόπο όπου ακολουθείται.

Traitement Θεραπεία	Nom de l'établissement Επωνυμία ιατρικής μονάδας

11 Précisez, si possible, les examens spéciaux (radiographie, tapis roulant, résonance magnétique, test de fonction respiratoire, etc.) que vous avez subis au cours des six derniers mois concernant le problème de santé qui cause votre invalidité.
Διευκρινίστε, αν γίνεται, ποιές είναι οι εξετάσεις (ακτινογραφίες, κυλιόμενος διάδρομος, μαγνητική τομογραφία, εξέταση του αναπνευστικού συστήματος, κλπ) στις οποίες υποβλήθήκατε τους τελευταίους έξι μήνες σε σχέση με το πρόβλημα υγείας που αποτελεί αιτία της αναπηρίας σας.

Nom de l'examen Τίτλος εξέτασης	Lieu de l'examen Τόπος εξέτασης

Pouvez-vous vous déplacer sans aide?

Μπορείτε να μετακινήστε χωρίς βοήθεια;

- Oui / Non. Je me déplace à l'aide :
 Ναι / Όχι. Μετακινούμαι χρησιμοποιώντας :
 D'une canne / De béquilles / D'un fauteuil roulant
 Μαστούι / Πατερίτσες / Αναπηρική πολυθρόνα
 Autre. Précisez : _____
 Άλλο. Προσδιορίστε : _____

Renseignements sur vos médecins
Πληροφορίες αναφορικά με τους γιατρούς σας

12 Médecin qui vous soigne actuellement
Όνομα του τωρινού γιατρού σας

Nom du médecin :
Όνοματεπώνυμο γιατρού: _____

- Médecin de famille / Spécialiste. Précisez :
 Οικογενειακός γιατρός / Ειδικευμένος γιατρός. Προσδιορίστε : _____

À quel hôpital ou à quelle clinique médicale?
Σε ποιο νοσοκομείο ή ιατρική κλινική; _____

Date de votre dernière visite à ce médecin :
Πότε τον επισκεφθήκατε για τελευταία φορά:

Année Έτος	Mois Μήνας	Jour Μέρα

13 Autres médecins que vous avez consultés
Ποιους άλλους γιατρούς έχετε συμβουλευτεί;

Nom du médecin :
Όνοματεπώνυμο γιατρού: _____

- Médecin de famille / Spécialiste. Précisez :
 Οικογενειακός γιατρός / Ειδικευμένος γιατρός. Προσδιορίστε : _____

À quel hôpital ou à quelle clinique médicale?
Σε ποιο νοσοκομείο ή ιατρική κλινική; _____

Date de votre dernière visite à ce médecin :
Πότε τον επισκεφθήκατε για τελευταία φορά:

Année Έτος	Mois Μήνας	Jour Μέρα

Nom du médecin :
Όνοματεπώνυμο γιατρού: _____

- Médecin de famille / Spécialiste. Précisez :
 Οικογενειακός γιατρός / Ειδικευμένος γιατρός. Προσδιορίστε : _____

À quel hôpital ou à quelle clinique médicale?
Σε ποιο νοσοκομείο ή ιατρική κλινική; _____

Date de votre dernière visite à ce médecin :
Πότε τον επισκεφθήκατε για τελευταία φορά:

Année Έτος	Mois Μήνας	Jour Μέρα

**Vous devez obtenir et nous faire parvenir un rapport médical de chacun de ces médecins.
Πρέπει να ζητήσετε από όλους αυτούς τους γιατρούς ιατρικές γνωματεύσεις και να μας τις στείλετε.**

--	--	--

Renseignements sur vos hospitalisations
Πληροφορίες αναφορικά με τις νοσηλείες σας

14 Avez-vous été hospitalisé au cours des cinq dernières années?
Έχετε εισαχθεί σε νοσοκομείο τα τελευταία πέντε χρόνια;

Oui. **Remplissez ce qui suit.**
Ναι. **Συμπληρώστε τα ακόλουθα.**

Non. **Passez à la section 15.**
Όχι. **Πηγαίnete στην ερώτηση 15.**

1

Date approximative :
Ημερομηνία κατά προσέγγιση :

Nom du centre hospitalier :
Ονομασία του νοσοκομειακού κέντρου :

Endroit :
Περιοχή :

Raisons de l'hospitalisation :
Λόγοι νοσηλείας :

2

Date approximative :
Ημερομηνία κατά προσέγγιση :

Nom du centre hospitalier :
Ονομασία του νοσοκομειακού κέντρου :

Endroit :
Περιοχή :

Raisons de l'hospitalisation :
Λόγοι νοσηλείας :

3

Date approximative :
Ημερομηνία κατά προσέγγιση :

Nom du centre hospitalier :
Ονομασία του νοσοκομειακού κέντρου :

Endroit :
Περιοχή :

Raisons de l'hospitalisation :
Λόγοι νοσηλείας :

4

Date approximative :
Ημερομηνία κατά προσέγγιση :

Nom du centre hospitalier :
Ονομασία του νοσοκομειακού κέντρου :

Endroit :
Περιοχή :

Raisons de l'hospitalisation :
Λόγοι νοσηλείας :

--	--	--

**Demande de rente d'enfant de personne invalide
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗ ΤΕΚΝΟΥ ΑΝΑΠΗΡΟΥ ΑΤΟΜΟΥ**

15 Remplissez le tableau ci-dessous pour chacun des enfants pour lesquels vous demandez une rente d'enfant de personne invalide. (Pour connaître les conditions d'admissibilité, consultez les renseignements à ce sujet au début du formulaire.)
Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα για κάθε παιδί για το οποίο θέλετε να κάνετε αίτηση για επίδομα τέκνου ατόμου με αναπηρία. (Για να ενημερωθείτε για τους ακριβείς όρους χορήγησης, συμβουλευτείτε τις σχετικές πληροφορίες στην αρχή του εντύπου).

Avez-vous des enfants qui répondent à ces conditions?

Έχετε παιδιά που ανταποκρίνονται σ'αυτές τις προϋποθέσεις;

Oui. Remplissez ce qui suit.
Ναι. Συμπληρώστε τα ακόλουθα.

Non. Passez à la partie C.
Όχι. Πηγαίνετε στο μέρος Γ.

Si l'enfant est né à l'extérieur du Québec, veuillez fournir une preuve de naissance délivrée par les autorités civiles.

Αν το τέκνο γεννήθηκε εκτός του Κεμπέκ, σας παρακαλούμε να παράσχετε πιστοποιητικό γεννήσεως εκδομένο από την πολιτική αρχή.

1	Sexe Φύλο <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nom de famille à la naissance Επώνυμο κατά τη γέννηση	Prénom Μικρό όνομα		
	Date de naissance Ημερομηνία γέννησης	Année Έτος	Mois Μήνας	Jour Μέρα	Numéro d'assurance sociale Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης
Lieu de naissance Τόπος γέννησης	Ville Δήμος	Province ou État Επαρχία/Νομός		Pays Χώρα	
Adresse actuelle de l'enfant (numéro, rue, appartement, case postale, ville, province ou État, pays, code postal) Τωρινή διεύθυνση του παιδιού (αριθμός, οδός, διαμέρισμα, ταχυδρομική θυρίδα, πόλη, επαρχία ή νομός, χώρα, ταχυδρομικός τομέας)					
Nom de la mère à la naissance Γένος μητέρας		Prénom Μικρό όνομα		Nom du père Επώνυμο πατέρα	
Prénom Μικρό όνομα					
2	Sexe Φύλο <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nom de famille à la naissance Επώνυμο κατά τη γέννηση	Prénom Μικρό όνομα		
	Date de naissance Ημερομηνία γέννησης	Année Έτος	Mois Μήνας	Jour Μέρα	Numéro d'assurance sociale Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης
Lieu de naissance Τόπος γέννησης	Ville Δήμος	Province ou État Επαρχία/Νομός		Pays Χώρα	
Adresse actuelle de l'enfant (numéro, rue, appartement, case postale, ville, province ou État, pays, code postal) Τωρινή διεύθυνση του παιδιού (αριθμός, οδός, διαμέρισμα, ταχυδρομική θυρίδα, πόλη, επαρχία ή νομός, χώρα, ταχυδρομικός τομέας)					
Nom de la mère à la naissance Γένος μητέρας		Prénom Μικρό όνομα		Nom du père Επώνυμο πατέρα	
Prénom Μικρό όνομα					
3	Sexe Φύλο <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nom de famille à la naissance Επώνυμο κατά τη γέννηση	Prénom Μικρό όνομα		
	Date de naissance Ημερομηνία γέννησης	Année Έτος	Mois Μήνας	Jour Μέρα	Numéro d'assurance sociale Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης
Lieu de naissance Τόπος γέννησης	Ville Δήμος	Province ou État Επαρχία/Νομός		Pays Χώρα	
Adresse actuelle de l'enfant (numéro, rue, appartement, case postale, ville, province ou État, pays, code postal) Τωρινή διεύθυνση του παιδιού (αριθμός, οδός, διαμέρισμα, ταχυδρομική θυρίδα, πόλη, επαρχία ή νομός, χώρα, ταχυδρομικός τομέας)					
Nom de la mère à la naissance Γένος μητέρας		Prénom Μικρό όνομα		Nom du père Επώνυμο πατέρα	
Prénom Μικρό όνομα					

Si l'espace est insuffisant, ajoutez une note à la page 11.

Εάν ο χώρος δεν επαρκεί, προσθέστε τις σημειώσεις σας στην σελίδα 11.

Parmi les enfants que vous avez désignés plus haut, y en a-t-il qui reçoivent déjà une rente d'orphelin ou une rente d'enfant de personne invalide du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions de Canada?

Ανάμεσα στα παιδιά που υποδεικνύετε παραπάνω, μήπως υπάρχει κανένα που παίρνει σύνταξη ορφανού ή σύνταξη τέκνου ανάπηρου ατόμου του Κοινωνικού συστήματος συντάξεων του Κεμπέκ ή του Καναδά;

Non
Όχι

Oui, sous le numéro d'assurance sociale suivant :
Ναι, με τον εξής αριθμό κοινωνικής ασφάλισης:

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

N'oubliez pas de remplir et de signer la partie C.

Βεβαιωθείτε ότι συμπληρώσατε και υπογράψατε το τμήμα Γ.

--	--	--

Partie
Μέρος

C
Γ

DECLARATION DE LA PERSONNE QUI FAIT LA DEMANDE
ΔΗΛΩΣΗ ΤΟΥ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Par la présente, je demande, en vertu du Régime de rentes du Québec, les prestations indiquées précédemment. Je déclare que, à ma connaissance, les renseignements fournis dans cette demande sont véridiques et complets, et je m'engage à aviser la Régie des rentes du Québec de tout changement pouvant avoir un effet sur le droit à ces prestations.

Με την παρούσα αίτηση, ζητώ, δυνάμει του Κοινωνικού συστήματος συντάξεων του Κεμπέκ (Régime de rentes du Québec), να μου χορηγηθούν οι παραπάνω αναφερόμενες παροχές. Δηλώνω ότι, απ'όσα γνωρίζω, οι παρεχόμενες πληροφορίες είναι αληθείς και πλήρεις και δεσμεύομαι να ενημερώνω το Συνταξιοδοτικό Ταμείο του Κεμπέκ (Régie des rentes du Québec) για κάθε αλλαγή που θα επηρεάσει το δικαίωμα αυτών των παροχών.

Signature :
Υπογραφή : _____

Date :
Ημερομηνία :

Année	Mois	Jour
Έτος	Μήνας	Μέρα

Si la présente demande n'est pas signée par la personne à qui les prestations seront versées, veuillez indiquer à quel titre vous l'avez signée.
Εάν η παρούσα αίτηση δεν υπογράφεται από το άτομο στο οποίο θα καταβληθούν οι παροχές, παρακαλούμε να αναφέρετε με ποια ιδιότητα την υπογράφετε.

Titre :
Ιδιότητα : _____

Nom et prénom :
Επώνυμο και όνομα : _____

Adresse (numéro, rue, appartement, case postale, ville, province ou État, pays, code postal) :
Διεύθυνση (αριθμός, οδός, διαμέρισμα, ταχυδρομική θυρίδα, πόλη, επαρχία ή νομός, χώρα, ταχυδρομικός ταμείας) : _____

Numéro d'assurance sociale au Canada (si vous en avez un) :
Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης Καναδά (εάν υπάρχει) : _____

Langue de correspondance souhaitée :
Γλώσσα αλληλογραφίας : Français Γαλλικά Anglais Αγγλικά

Téléphone :
Τηλέφωνο :
Au domicile Οικίας _____ Autre Άλλο _____ Poste Θέση _____

Consentement à communiquer des renseignements médicaux et psychosociaux et signature
Συγκατάθεση για την κοινοποίηση των ιατρικών και ψυχοκοινωνικών πληροφοριών και υπογραφή

Pour que la Régie des rentes du Québec dispose de toute l'information nécessaire à l'étude de ma demande de prestations d'invalidité, je consens à ce que tout médecin, tout professionnel de la santé et tout établissement de santé ou de services sociaux communiquent à la Régie les renseignements médicaux et psychosociaux pertinents qu'ils détiennent à mon sujet.

Για να έχει το Συνταξιοδοτικό Ταμείο του Κεμπέκ (Régie des rentes du Québec) διαθέσιμη κάθε απαραίτητη πληροφορία ως προς την εξέταση της αίτησής μου για παροχές αναπηρίας, δίνω τη συγκατάθεσή μου ώστε κάθε γιατρός, κάθε επαγγελματίας της υγείας και κάθε ίδρυμα υγειονομικής περίθαλψης ή κοινωνικών υπηρεσιών να κοινοποιούν στο Ταμείο τα σχετικά ιατρικά και ψυχοκοινωνικά δεδομένα που έχουν στη διάθεσή τους ως προς το πρόσωπό μου.

Ce consentement vaut aussi pour la Commission de la santé et de la sécurité du travail, la Société de l'assurance automobile du Québec, le Secrétariat du Conseil du trésor, le Secrétariat de la santé et des services sociaux, les Services-conseils aux gestionnaires des réseaux de l'éducation, la Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances ainsi que pour les administrateurs de régimes d'assurance invalidité à qui j'ai fait une demande de prestations en raison de mon état de santé. Η συγκατάθεση αυτή ισχύει επίσης για την Επιτροπή υγείας και ασφάλειας στην εργασία (Commission de la santé et de la sécurité du travail), την Εταιρία αυτοκινητιστικής ασφάλισης του Κεμπέκ (Société de l'assurance automobile du Québec), τη Γραμματεία του Δημόσιου Ταμείου (Secrétariat du Conseil du trésor), τη Γραμματεία υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών (Secrétariat de la santé et des services sociaux), τις Υπηρεσίες-συμβούλων για τους διαχειριστές των εκπαιδευτικών δικτύων (Services-conseils aux gestionnaires des réseaux de l'éducation), τη Διοικητική επιτροπή των συνταξιοδοτικών και ασφαλιστικών συστημάτων (Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances) καθώς και για τους διαχειριστές συστημάτων ασφάλισης αναπηρίας (administrateurs de régimes d'assurance invalidité) στα οποία έχω υποβάλει αίτηση παροχών σχετικά με την υγεία μου.

À moins d'une révocation écrite de ma part, le présent consentement demeure en vigueur jusqu'à la décision finale de la Régie. Il vise les renseignements médicaux et psychosociaux déjà détenus de même que ceux qui seront obtenus par la suite jusqu'à la décision finale.

Εκτός και αν την ανακαλέσω γραπτώς εγώ ο ίδιος, η συγκατάθεση αυτή παραμένει σε ισχύ ως την τελική απόφαση του Συνταξιοδοτικού ταμείου. Έχει αντικείμενο τα ιατρικά και ψυχοκοινωνικά δεδομένα που ήδη υπάρχουν κι εκείνα που θα αποκτηθούν στη συνέχεια έως την τελική απόφαση.

Signature :
Υπογραφή : _____

Date :
Ημερομηνία :

année	mois	jour
Έτος	Μήνας	Μέρα

Autorisation de divulguer la décision
Εξουσιοδότηση για γνωστοποίηση της απόφασης

J'autorise la Régie des rentes du Québec à transmettre les renseignements concernant sa décision, c'est-à-dire l'acceptation ou le refus de la demande, le montant de la rente et la date de son début s'il y a lieu, à l'institution compétente ou à l'organisme de liaison de la Grèce.

Επιτρέπω στο Συνταξιοδοτικό Ταμείο του Κεμπέκ να διαβιβάσει στον αρμόδιο φορέα ή στη συμβαλλόμενη αρχή της Ελλάδας τις πληροφορίες αναφορικά με την απόφασή του, δηλαδή εάν η αίτηση έγινε αποδεκτή ή απορρίφθηκε, το ποσό της σύνταξης και την ημερομηνία έναρξης της συνταξιοδότησης.

Signature :
Υπογραφή : _____

Date :
Ημερομηνία :

Année	Mois	Jour
Έτος	Μήνας	Μέρα

--	--	--

Partie
Μέρος

D
Δ

PARTIE À FAIRE REMPLIR PAR L'ORGANISME COMPÉTENT DE LA GRÈCE
ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΡΜΟΔΙΟ ΦΟΡΕΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Date de présentation de la demande
 Ημερομηνία υποβολής της αίτησης

Année Έτος	Mois Μήνας	Jour Μέρα
_	_	_

Renseignements sur le cotisant / Πληροφορίες σχετικά με τον ασφαλισμένο

Nom du cotisant
 Ονοματεπώνυμο ασφαλισμένου

Date de naissance
 Ημερομηνία γέννησης

Année Έτος	Mois Μήνας	Jour Μέρα
_	_	_

Vérifiée
 Ελέγχθηκε

Date du mariage
 Ημερομηνία γάμου

Année Έτος	Mois Μήνας	Jour Μέρα
_	_	_

Vérifiée
 Ελέγχθηκε

Date du divorce
 Ημερομηνία διαζυγίου

Année Έτος	Mois Μήνας	Jour Μέρα
_	_	_

Vérifiée
 Ελέγχθηκε

Date de la séparation légale
 Ημερομηνία νόμιμου χωρισμού

Année Έτος	Mois Μήνας	Jour Μέρα
_	_	_

Vérifiée
 Ελέγχθηκε

Renseignements sur les enfants - Date de naissance / Πληροφορίες σχετικά με τα τέκνα – Ημερομηνία γέννησης

Nom et prénom
 Επώνυμο και όνομα

Année Έτος	Mois Μήνας	Jour Μέρα	<input type="checkbox"/> Vérifiée Ελέγχθηκε
_	_	_	

Nom et prénom
 Επώνυμο και όνομα

Année Έτος	Mois Μήνας	Jour Μέρα	<input type="checkbox"/> Vérifiée Ελέγχθηκε
_	_	_	

Nom et prénom
 Επώνυμο και όνομα

Année Έτος	Mois Μήνας	Jour Μέρα	<input type="checkbox"/> Vérifiée Ελέγχθηκε
_	_	_	

Nom et prénom
 Επώνυμο και όνομα

Année Έτος	Mois Μήνας	Jour Μέρα	<input type="checkbox"/> Vérifiée Ελέγχθηκε
_	_	_	

J'atteste que les données relatives à l'état civil inscrites sur le présent formulaire ont été tirées des documents originaux fournis par le requérant.

Πιστοποιώ ότι τα στοιχεία σχετικά με την ταυτότητα και τη νομική υπόσταση που αναφέρονται στο παρόν έντυπο έχουν εξαχθεί από πρωτότυπα έγγραφα που κατέθεσε ο αιτών.

Nom de l'organisme
 Ονομασία του οργανισμού

Année Έτος	Mois Μήνας	Jour Μέρα
_	_	_

Date
 Ημερομηνία

Signature
 Υπογραφή

Prénom, nom de famille et titre du fonctionnaire autorisé
 Όνομα, επώνυμο και τίτλος του εξουσιοδοτημένου υπαλλήλου

Sceau
Θέση σφραγίδας