

**MAGYAR-QUÉBECI SZOCIÁLIS BIZTONSÁGI EGYEZMÉNY
ENTENTE QUÉBEC – HONGRIE
EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ SOCIALE**

**A Québeci Járadérendszer által biztosított
ellátások igénylése
Demande de prestations
du Régime de rentes du Québec**

Igényelt ellátás típusa Type de prestation demandée	
A megfelelő rubrikába tegyen x jelet! Cocher la case appropriée	
▲	Nyugdíjjáradék (kitöltendő az A., B. és F. rész) Rente de retraite (remplir les parties A, B et F)
▲	Rokkantsági járadék és rokkant személy gyermekgondozási járadéka (kitöltendő az A., C. és F. rész) Rentes d'invalidité et d'enfant de personne invalide (remplir les parties A, C et F)
▲	Túlélő házastársi járadék, árvasági járadék és haláleseti juttatás (kitöltendő az A., D., E. és F. rész) Rentes de conjoint survivant, d'orphelin et prestation de décès (remplir les parties A, D, E et F)

FONTOS IMPORTANT

**Nem folyósítható ellátás, amennyiben Ön 1966. előtt végleg elhagyta Kanadát.
Aucune prestation ne peut être versée si vous avez quitté définitivement le Canada avant 1966.**

Nyugdíjjáradék igénylése

Demande de rente de retraite

Ön akkor jogosult nyugdíjjáradékra, ha 1966. január 1-je óta legalább egy évig fizetett járulékot a Rendszerbe és legalább 60 éves.

Amennyiben Ön még nincs 65 éves, akkor feltétel, hogy hazájában visszavonuljon a munkából. Akkor minősül munkából visszavonultnak, ha munkaviszonyból származó jövedelme alacsony. Ezek az éves alapon számított jövedelmek nem haladják meg a Québeci Járadékkezelő Hivatal által a 65 évesek számára erre az évre fizetendő nyugdíjjáradék éves felső határát. A felső határt az összekötő szervezetétől tudakolhatja meg.

Amennyiben viszont Ön 65 éves vagy annál idősebb, akkor is megkaphatja nyugdíjjáradékát, ha dolgozik.

Járadéka igénylése előtt fontos, hogy minden olyan közigazgatási vagy magánintézménynél, amely Önnek ellátást folyósít vagy folyósíthat, tájékozódjon arról, hogy ezen ellátások összegét befolyásolja-e, ha Ön a Québeci Járadékrendszerből kap járadékot.

A nyugdíjjáradék összege az Ön munkából szerzett kereseteitől, a Rendszerbe befizetett járulékoktól és a járulékfizetési évek számától függően változik. Változik továbbá attól függően, hogy a járadékfizetés kezdesének időpontjában Ön hány éves.

Ajánljuk, hogy kérelmét körülbelül négy hónappal az előtt a hónap előtt nyújtsa be, amely során az Ön járadékának fizetése esedékessé válik, de tizenkét hónapnál nem korábban. Kérelem benyújtása nélkül nem történik járadékfolyósítás.

Az a 65 és 70 év közötti járulékfizető, aki már visszavonult a munkából, 1998 júliusáig vagy a munkából való visszavonulás időpontját követő hónapig visszamenőleg kaphat nyugdíjjáradékot. Amennyiben Ön 70 éves vagy annál idősebb, akkor is jogosult a visszamenőleges járadékra, ha még mindig dolgozik.

Pour avoir droit à la rente de retraite, vous devez avoir cotisé au Régime pour au moins une année depuis le 1^{er} janvier 1966 et être âgé d'au moins 60 ans.

Si vous avez moins de 65 ans, vous devez avoir cessé de travailler dans votre pays. Vous êtes considéré comme ayant cessé de travailler si vous avez de faibles revenus de travail. Ces revenus, calculés sur une base annuelle, doivent être inférieurs au maximum annuel de la rente de retraite payable, pour cette année, par la Régie des rentes du Québec à 65 ans. Pour connaître ce maximum, veuillez contacter votre organisme de liaison.

Par ailleurs, si vous avez 65 ans ou plus, vous pouvez recevoir votre rente de retraite même si vous travaillez.

Avant de demander votre rente, il est important de vous informer auprès de tout organisme public ou privé qui vous verse ou pourrait vous verser des prestations afin de savoir si le montant de ces prestations sera touché si vous devenez bénéficiaire d'une rente du Régime de rentes du Québec.

Le montant de la rente de retraite varie selon vos gains de travail, les cotisations que vous avez versées au Régime et le nombre d'années pour lesquelles vous avez cotisé. Il varie aussi selon votre âge au moment où la rente débute.

Nous vous suggérons de présenter votre demande environ quatre mois avant le mois où la rente devient payable, mais pas plus de douze mois avant cette date. Aucune rente n'est versée sans qu'une demande n'ait été faite.

Le cotisant âgé de 65 à 70 ans qui a cessé de travailler peut recevoir une rente de retraite rétroactive à juillet 1998 ou au mois suivant la date de sa cessation de travail. Si vous avez 70 ans ou plus, vous pourriez avoir droit à une rente rétroactive même si vous travaillez toujours.

Rokkantsági járadék igénylése

Demande de rente d'invalidité

A Hivatal rokkantnak nyilváníthatja:

- azt a 65 évesnél fiatalabb személyt, aki már nem képes rendszeres keresőtevékenységet folytatni, és akinek munkaképtelensége valószínűleg határozatlan ideig tart;
- azt a 60 és 64 év közötti személyt, aki már nem képes megtartani azt a megszokott fizetett munkát, amelyet rokkantsága miatt hagyott el.

Ilyen személy esetében feltétel, hogy elegendő befizetett járulékkal rendelkezzen a Járadékrendszer felé.

Peut être déclarée invalide par la Régie :

- une personne de moins de 65 ans qui ne peut plus exercer régulièrement aucune activité rémunératrice et dont l'incapacité doit durer indéfiniment ;
- une personne âgée de 60 à 64 ans qui ne peut plus détenir l'occupation habituelle rémunérée qu'elle a quittée en raison de son invalidité.

Cette personne doit avoir suffisamment cotisé au Régime de rentes

Rokkant személy gyermekgondozási járadékának igénylése

Demande de rente d'enfant de personne invalide

Amennyiben Ön rokkantsági járadékra jogosult, minden 18 év alatti gyermek után járadék folyósítható.

Az Ön gyermekének tekinthető:

- az Ön vér szerinti vagy örökbefogadott gyermeke;
- az Önnel együtt lakó mostohafiú vagy mostohalány (az Önnel házasságra lépett házastárs gyermeke);
- az a gyermek, akinek Ön a nevelőapja vagy a nevelőanyja, és aki legalább 6 hónapja lakik Önnel, feltéve, hogy Önön vagy az Ön házastársán kívül senki más nem gondoskodik a szükségleteiről;
- minden olyan gyermek, akinek megélhetését Ön biztosítja.

Si vous avez droit à la rente d'invalidité, une rente peut être versée pour chaque enfant de moins de 18 ans.

Peut-être reconnu comme votre enfant :

- l'enfant qui vous est lié par le sang ou par adoption ;
- le beau-fils ou la belle-fille qui réside avec vous (l'enfant du conjoint avec lequel vous êtes marié) ;
- l'enfant auquel vous tenez lieu de père ou de mère et qui demeure avec vous depuis au moins 6 mois, à la condition que nulle autre personne que vous ou votre conjoint ne subvienne à ses besoins ;
- tout autre enfant dont vous assurez la subsistance.

Haláleseti juttatás igénylése

Demande de prestation de décès

A haláleseti juttatás egy összegből áll, amely a Rendszer járulékfizetőjének halálát követően igényelhető. Az ellátást elsődlegesen annak a személynek vagy karitatív szervezetnek fizetik, aki/amely a temetés költségeit fizette, feltéve, ha arról az elhalálozást követő 60 napon belül bizonyítékot szolgáltat (kifizetett számla vagy a fizetett költségekről kapott nyugta).

Amennyiben nem nyújtanak be kérelmet a költségek kifizetésének bizonylataival együtt, e 60 napos határidőt követően a juttatás az örökösök részére is fizethető, amennyiben azt a költségeket fizető személy előtt igénylik. A csekket ekkor az elhunyt járulékfizető örököseinek rendelkezésére állítják ki. Örökös híján a juttatás folyósítható a túlélő házastárs részére, vagy ilyen hiányában az elhunyt járulékfizető leszármazottai vagy felmenő ági rokonai számára.

Feltétel, hogy az elhunyt személy elegendő befizetett járulékkal rendelkezzen. A kérelem a halál időpontjától számított öt éven belül nyújtható be.

La prestation de décès consiste en un paiement unique qui peut être fait à la suite du décès d'un cotisant au Régime. La prestation est payée en priorité à la personne ou à l'organisme de charité qui a payé les frais funéraires à condition d'en fournir la preuve (facture acquittée ou reçu de frais payés) dans les 60 jours suivant le décès.

Après ce délai de 60 jours, à défaut de présentation d'une demande avec les preuves de paiement des frais, la prestation peut aussi être payée aux héritiers s'ils en font la demande avant la personne qui a payé les frais. Le chèque est alors fait à l'ordre des héritiers du cotisant décédé. À défaut d'héritiers, la prestation peut être versée au conjoint survivant ou, en son absence, aux descendants, ou aux ascendants du cotisant décédé.

La personne décédée doit avoir suffisamment cotisé et la demande doit être faite dans les cinq ans suivant la date du décès.

Túlélő házastársi járadék igénylése

Demande de rente de conjoint survivant

A Rendszerbe elegendő járulékot befizetett járulékfizető halálát követően a túlélő házastárs járadékát az alábbi személyeknek folyósítják:

- a házastársnak, ha nem történt hivatalos válás;

- annak a személynek, aki az elhunyt járulékfizető élettársának mondja magát, amennyiben az elhunyt nem volt házas vagy hivatalosan elvált volt;
- bizonyos feltételek mellett a hivatalosan elvált házastársnak.

Amennyiben Ön élettárs, akkor túlélő házastársként ismertetheti el magát, amennyiben a halált megelőző legalább három évben együtt élt az elhunyt járulékfizetővel. Ha együttélésükből gyermek született vagy fog születni, vagy ha gyermeket fogadtak örökbe, akkor mindössze egy évnyi együttélés elegendő. A Hivatal az együtt élő azonos nemű személyeket szintén élettársakként ismeri el.

À la suite du décès d'un cotisant qui a suffisamment cotisé au Régime, la rente de conjoint survivant est versée :

- au conjoint marié s'il n'y a pas eu de séparation légale ;
- à la personne qui se qualifie comme conjoint de fait du cotisant décédé si ce dernier n'était pas marié ou s'il était séparé légalement ;
- au conjoint séparé légalement sous certaines conditions.

Si vous êtes conjoint de fait, vous pouvez être reconnu conjoint survivant si vous avez habité avec le cotisant décédé au moins durant les trois années précédant le décès. Si un enfant est né ou à naître de votre union ou si vous avez adopté un enfant, une seule année de cohabitation suffit. La Régie reconnaît aussi les personnes de même sexe vivant maritalement comme des conjoints de fait.

Árvasági járadék igénylése

(a halál időpontjában 18 év alatti gyermek)

Demande de rente d'orphelin

(enfant de moins de 18 ans à la date du décès)

Árvasági járadék folyósítható az elegendő járulékot fizetett elhunyt személy minden egyes gyermeke után, a gyermek 18 éves koráig.

Az elhunyt személy gyermekének tekintendő:

- az elhunyt személy azon gyermeke, aki vele lakott vagy aki nem lakott vele;
- az a mostohafiu vagy mostohalány, aki az elhunyt személlyel együtt lakott;
- minden olyan gyermek, aki az elhunyt személlyel együtt lakott, vagy akinek megélhetését az elhunyt személy biztosította.

Une rente d'orphelin peut être versée pour chaque enfant de la personne décédée qui a suffisamment cotisé, jusqu'à ce que cet enfant atteigne 18 ans.

On entend par enfant de la personne décédée :

- l'enfant de la personne décédée qui habitait ou non avec elle ;
- le beau-fils ou la belle-fille qui habitait avec la personne décédée ;
- tout autre enfant qui habitait avec la personne décédée ou dont celle-ci assurait la subsistance.

**KÉRELEM A QUÉBECI JÁRADÉKRENDSZER ÁLTAL BIZTOSÍTOTT ELLÁTÁSOK IRÁNT
A MAGYAR – QUÉBECI SZOCIÁLIS BIZTONSÁGI EGYEZMÉNY ALAPJÁN
DEMANDE DE PRESTATIONS DU RÉGIME DE RENTES DU QUÉBEC EN VERTU
DE L'ENTENTE QUÉBEC – HONGRIE EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ SOCIALE**

Megjegyzés: Ezt az igénylést a járulékfizetőnek, illetve túlélői vagy haláleseti juttatás iránti kérelem esetén a juttatást vagy juttatásokat igénylő személynek kell kitöltenie. A „járulékfizető” kifejezés azt a személyt jelöli, aki a Québeci Járadérendszerbe a járulékokat befizette.

Note : Cette demande doit être remplie par le cotisant ou, dans le cas d'une demande de prestations de survivant ou de décès, par la personne qui réclame la ou les prestations. Le terme «cotisant» désigne la personne qui a versé des cotisations au Régime de rentes du Québec.

**Kérjük, nagybetűvel írjon!
Veillez écrire en majuscules**

**Partie  Rész A JÁRULÉKFIZETŐRE VONATKOZÓ ÁLTALÁNOS ADATOK
RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LE COTISANT**

Minden típusú járadék esetén kitöltendő!

À remplir pour tout type de rente

1 Kívánt levelezési nyelv Langue de correspondance souhaitée	Adj meg annak a tartománynak a nevét, amelyben a járulékfizető utolsó kanadai lakhelye volt Indiquez la dernière province de résidence du cotisant au Canada	Kanadába való megérkezés időpontja Date d'arrivée au Canada	Kanadából való távozás időpontja Date de départ du Canada
<input type="checkbox"/> Francia Français	<input type="checkbox"/> Angol Anglais	Év Hónap Nap Année Mois Jour	Év Hónap Nap Année Mois Jour
2 Nem Sexe	Név Nom	Utónév Prénom	
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N M F			
Születés kori név, amennyiben eltérő Nom à la naissance si différent		Születés kori utónév, amennyiben eltérő Prénom à la naissance si différent	
3 Kanadai társadalombiztosítási azonosítószám Numéro d'assurance sociale du cotisant au Canada	Apja utóneve Prénom du père		
Anyja utóneve Prénom de la mère	Anyja születés kori neve Nom de la mère à la naissance		
4 Nemzeti biztosítási szám Magyarországon Numéro d'assurance nationale en Hongrie	Nyugellátási ügyiratszám Numéro de dossier de pension		
5 Cím (házsám, utca, lakás, postafiók, mezei út) Adresse (numéro, rue, appartement, case postale, route rurale)			
Település Municipalité	Tartomány Province	Ország Pays	Irányítószám Code postal
Otthoni telefonszám Téléphone à la résidence	Szokásos megjelölés Id. Gen.	Munkahelyi telefonszám Téléphone au travail	Szokásos megjelölés Id. Gen.
6 Születési idő Date de naissance	Év Hónap Nap Année Mois Jour	Születési hely Lieu de naissance	Tartomány Ország Province Pays
		Település Municipalité	

7 A járulékfizető családi állapota
État civil du cotisant

Nőtlen/Hajadon
Célibataire

Év Hónap Óta / Année Mois
Különél / Séparé(e) de fait depuis le

Házás / Marié(e) depuis le
Év Hónap óta / Année Mois

Özveggy / Veuf ou veuve depuis le
Év Hónap óta / Année Mois

Elvált / Divorcé(e) depuis le
Év Hónap óta / Année Mois/

Hivatalosan különvált / Séparé(e) légalement depuis le
Év Hónap óta / Année Mois/

8 A járulékfizető részesül-e vagy részesült-e vagy igényelt-e juttatásokat a Québeci Járulérendszer vagy a Kanadai Nyugdíjrendszer keretében? (A Kanadai Öregkori Biztosítás nyugellátását ne vegye figyelembe!)
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.)

Igen / Oui Nem / Non

Amennyiben igen, adja meg, hogy milyen kanadai társadalombiztosítási szám alatt.
Si oui, indiquez sous quel numéro d'assurance sociale du Canada.

9 A járulékfizető fizetett-e járulékot társadalombiztosítási rendszerbe más országban, mint Kanadában és Magyarországon?
Le cotisant a-t-il participé à un régime de sécurité sociale dans un pays autre que le Canada et la Hongrie ?

Igen / Oui Nem / Non

Amennyiben igen, töltsse ki az alábbi részt:
Si oui, remplissez ce qui suit :

1. ország _____ Č Társadalombiztosítási azonosítószáma ebben az országban
1er pays _____ Č Numéro de sécurité sociale dans ce pays _____

2. ország _____ Č Társadalombiztosítási azonosítószáma ebben az országban
2e pays _____ Č Numéro de sécurité sociale dans ce pays _____

10 A 7 év alatti gyermek után járó családi ellátásokra (családi pótlék, gyermeknevelési támogatás) jogosító időszakok növelhetik a járadék összegét.
Les périodes d'admissibilité à des prestations familiales (allocation familiale, prestation fiscale pour enfants) pour un enfant de moins de 7 ans peuvent faire augmenter le montant de la rente.

A. A járulékfizetőnek vannak-e (vagy voltak-e) 1958. december 31-e után született gyermekei?
A. Le cotisant a-t-il (ou avait-il) des enfants nés après le 31 décembre 1958 ?

Nem. **Térjen át a következő részre.** / Non. **Passez à la prochaine partie.** Igen. **Térjen át a B. kérdésre.** / Oui. **Passez à la question B.**

B. Ezek után a gyermekek után a járulékfizető kap-e vagy kapott-e A SAJÁT NEVÉRE családi ellátásokat?
B. Le cotisant reçoit-il ou a-t-il reçu À SON NOM des prestations familiales pour ces enfants ?

Igen. Töltsse ki az alábbi táblázatot.
Oui. Remplissez le tableau suivant.

Nem. A megfelelő rubrikába x jelet téve adja meg annak okát.
Non. Indiquez la raison en cochant la case appropriée.

Az ellátásokban a társa, másvalaki vagy egy szervezet részesült.
Amennyiben ezt a rovatot jelöli meg, **térjen át a következő részre.**
Le bénéficiaire des prestations était son conjoint, une autre personne ou un organisme.
Si vous cochez cette case, **passer à la prochaine partie.**

A család túl magas jövedelme miatt az ellátásokat nem folyósították.
Amennyiben ezt a rovatot jelöli meg, töltsse ki az alábbi táblázatot.
Les prestations n'étaient pas versées en raison d'un revenu familial trop élevé.
Si vous cochez cette case, remplissez le tableau suivant.

A járulékfizető nem Kanadában lakik vagy lakott. Amennyiben ezt a rovatot jelöli meg, **térjen át a következő részre.**
Le cotisant réside ou résidait à l'extérieur du Canada. Si vous cochez cette case, **passer à la prochaine partie.**

Az 1958. december 31-e után született gyermekekre vonatkozó adatok Renseignements sur les enfants nés après le 31 décembre 1958			
1	Születéskori név Nom à la naissance	A gyermek utóneve Prénom de l'enfant	Születési ideje Date de naissance Év Hónap Nap Année Mois Jour
Születési helye (Település, Tartomány, Ország) Lieu de naissance (municipalité, province, pays)		Ha nem Kanadában született, Kanadába érkezésének ideje Si né hors du Canada, date d'entrée au Canada	Év Hónap Nap Année Mois Jour
2	Születéskori név Nom à la naissance	A gyermek utóneve Prénom de l'enfant	Születési ideje Date de naissance Év Hónap Nap Année Mois Jour
Születési helye (Település, Tartomány, Ország) Lieu de naissance (municipalité, province, pays)		Ha nem Kanadában született, Kanadába érkezésének ideje Si né hors du Canada, date d'entrée au Canada	Év Hónap Nap Année Mois Jour
3	Születéskori név Nom à la naissance	A gyermek utóneve Prénom de l'enfant	Születési ideje Date de naissance Év Hónap Nap Année Mois Jour
Lieu de naissance (municipalité, province, pays) Születési helye (Település, Tartomány, Ország)		Si né hors du Canada, date d'entrée au Canada Ha nem Kanadában született, Kanadába érkezésének ideje	Année Mois Jour Év Hónap Nap
<p>C. Az egyes gyermekek születésétől a 7. életévük betöltéséig voltak-e olyan időszakok, amelyekre a járulékfizető nem kapott családi ellátást a saját nevére? 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 ?</p> <p><input type="checkbox"/> Nem. Térjen át a következő részre. Non. Passez à la prochaine partie.</p> <p><input type="checkbox"/> Igen. Térjen át a következő részre. Oui. Passez à la prochaine partie.</p>			

Partie



Rész

NYUGDÍJJÁRADÉK IRÁNTI KÉRELEM DEMANDE DE RENTE DE RETRAITE

Amennyiben Ön még nincs 65 éves, az 1., 2., 3. és 4. sz. kérdésekre válaszoljon. Amennyiben Ön 65 éves vagy annál idősebb, térjen át az 5. sz. kérdésre.

Si vous avez moins de 65 ans, répondez aux questions 1, 2, 3 et 4. Si vous avez 65 ans ou plus, passez à la question 5.

1 Kérjük, tegyen x jelet az Ön jelenlegi munkaviszonyának megfelelő rubrikába. Veuillez cocher la case qui correspond à votre situation de travail actuelle.

Megjegyzés: Amennyiben az egészségi állapota miatt Ön már nem dolgozik, előnyösebb lehet az Ön számára, ha rokkantsági járadék iránti kérelmet nyújt be. Nyugdíjjáradékunk első folyósításától számítva tizenhét hónapban áll a rendelkezésére ahhoz, hogy ezt a kérelmet benyújtsa. Mindazonáltal bizonyítani szükséges, hogy a nyugdíjjáradék első folyósítását követő hatodik hónap végét megelőzően vált rokkanttá.
Note : Si vous avez cessé de travailler en raison de votre état de santé, il pourrait être plus avantageux pour vous de faire une demande de rente d'invalidité. Vous avez dix-huit mois, à compter du premier versement de votre rente de retraite, pour faire cette demande. Il devra toutefois être démontré que vous êtes devenu invalide avant la fin du sixième mois suivant le premier versement de la rente de retraite.

- Hazámban vagy egy másik országban ... -án/-én teljesen visszavonultam a munkából
J'ai complètement cessé de travailler dans mon pays ou dans un autre pays le
- Adj meg a munkában eltöltött utolsó nap pontos idejét.
Inscrivez la date **exacte** de votre dernière journée de présence au travail.
- Év Hónap Nap
Année Mois Jour
- Továbbra is dolgozom, de a Hivatal úgy tekintheti, hogy ... -án/-én visszavonultam a munkából, mivel az elkövetkező tizenkét hónapban a munkaviszonyból származó jövedelmem alacsonyabb lesz a megengedett felső határnál (A felső határt az összekötő szervezetétől tudakolhatja meg.)
Je travaille toujours, mais la Régie peut considérer que j'ai cessé de travailler le puisque mes revenus de travail pour les douze prochains mois seront inférieurs au maximum permis (Pour connaître ce maximum, veuillez contacter votre organisme de liaison.)
- Év Hónap Nap
Année Mois Jour
- A következő évben várhatóan _____ összeget (házaja pénzmemében) fogok keresni, havi _____ órában.
Je prévois gagner dans la prochaine année _____ (dans la monnaie de votre pays) à raison de _____ heures par mois.
- Az alábbi időpontban teljesen visszavonulok a munkából
Je cesserai complètement de travailler le
- Adj meg a munkában eltöltendő utolsó nap tervezett idejét.
Inscrivez la date **prévue** de votre dernière jour de présence au travail.
- Év Hónap Nap
Année Mois Jour
- Továbbra is dolgozom, munkavállaló vagyok, és a munkaidőm nyugdíj céljából történő csökkentése tárgyában a munkaadómmal kötött megállapodás értelmében a munkaviszonyból származó jövedelmemből fizetési időszakoként **legalább 20%-ot** vonnak le.
Je travaille toujours, je suis un(e) salarié(e), et mes revenus de travail par période de paye sont réduits **d'au moins 20 %** à la suite d'une entente avec mon employeur sur la réduction de mon temps de travail en vue de la retraite.
- Béreimből fizetési időszakoként _____%-ot vonnak le az alábbi időpont óta
Ma rémunération par période de paye est réduite de _____% depuis le
- Év Hónap Nap
Année Mois Jour
- Béreimből fizetési időszakoként _____%-ot fognak levonni az alábbi időponttól számítva
Ma rémunération par période de paye sera réduite de _____% à compter du
- Év Hónap Nap
Année Mois Jour
- A munkáltató neve _____
Nom de l'employeur
- A munkáltató címe _____
Adresse de l'employeur
- Kérjük, mutassa be a munkaadójával aláírt megállapodást.
Veuillez nous fournir l'entente signée avec votre employeur.
- Továbbra is dolgozom.
Je travaille toujours.

2 Járadékának fizetését mihamarabb megkezdjük, azaz: amennyiben Ön még nincs 60 éves, a 60. születésnapját követő hónapban, vagy, amennyiben Ön 60 éves vagy annál idősebb, a kérelme kézhezvételének időpontját követő hónapban. Ha azt kívánja, hogy járadéka fizetése később kezdődjön, akkor itt adja meg a kiválasztott időpontot.

Le paiement de votre rente débutera le plus tôt possible soit : le mois suivant votre 60^e anniversaire si vous avez moins de 60 ans ou le mois suivant la date de réception de votre demande si vous avez 60 ans ou plus. Si vous désirez que le paiement de votre rente débute plus tard, veuillez indiquer ici le moment choisi.

- 65 éves korban vagy
À 65 ans ou en
- Év Hónap
Année Mois

3 A. Munkahelyi baleset vagy foglalkozási megbetegedés következtében **jelenleg** kap-e jövedelempótló támogatást a Munkahelyi Egészségvédelmi és Biztonsági Bizottságtól (CSST)?
Recevez-vous **actuellement** une indemnité de remplacement de revenu de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) à cause d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle ?

Nem Igen Ügyiratszám _____
 Non Oui Numéro de votre dossier

B. Vár-e választ egy, a CSST felé tett panaszra?
Êtes-vous en attente d'une réponse à une réclamation que vous avez faite à la CSST ?

Nem Igen A panasztétel időpontja Év Hónap
 Non Oui Date de cette réclamation Année Mois

4 A. **Jelenleg** kap-e támogatást a Québeci Gépjármű-biztosítási Társaságtól (SAAQ)?
Recevez-vous **actuellement** une indemnité de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ?

Nem Igen Ügyiratszám _____
 Non Oui Numéro de votre dossier

B. Vár-e válaszra egy, a SAAQ-hoz benyújtott támogatás iránti kérelemre?
Êtes-vous en attente d'une réponse à une demande d'indemnité que vous avez faite à la SAAQ ?

Nem Igen A kérelem időpontja Év Hónap Nap **Térjen át az F. részre.**
 Non Oui Date de cette demande Année Mois Jour **Passez à la partie F.**

**Ön 65 éves vagy annál idősebb
Vous avez 65 ans et plus**

5 A. Kérjük, tegyen x jelet a munkaviszonyának megfelelő rubrikába.

Veillez cocher la case qui correspond à votre situation de travail.

Amennyiben Ön 65 és 70 év közötti és nem vonult vissza a munkából, a járadékot a kérelem Hivatal általi kézhezvételének időpontját követő hónaptól fizetik.

Si vous avez entre 65 et 70 ans et que vous n'avez pas cessé de travailler, la rente est payable à compter du mois suivant la date où la Régie a reçu la demande.

Amennyiben Ön már visszavonult a munkából a nyugdíjjáradék 1998. július 1-jétől lehet visszamenőleges hatályú 1998. júliusig vagy a munkából való visszavonulásának időpontját követő hónapig visszamenőleg.

Depuis le 1^{er} juillet 1998, si vous avez cessé de travailler, la rente de retraite peut être rétroactive à juillet 1998 ou au mois suivant la date de votre cessation de travail.

70 év felett Ön akkor is jogosult lehet a visszamenőleges járadékra, ha továbbra is dolgozik.

Après 70 ans, vous pourriez avoir droit à une rente rétroactive même si vous travaillez toujours.

Hazámban vagy egy másik országban ... -án/-én teljesen visszavonultam a munkából
J'ai complètement cessé de travailler dans mon pays ou dans un autre pays le _____ Év Hónap Nap
Année Mois Jour **Adja meg a munkában eltöltött utolsó nap pontos idejét.**
Inscrivez la date **exacte** de votre dernière journée de présence au travail.

Továbbra is dolgozom, de a Hivatal úgy tekintheti, hogy ... -án/-én visszavonultam a munkából, mivel ezen időpont óta a munkaviszonyból származó jövedelemem mindig alacsonyabb volt a megengedett felső határnál.
(A felső határt az összekötő szervezetétől tudakolhatja meg.)
Je travaille toujours mais la Régie peut considérer que j'ai cessé de travailler le _____ Év Hónap Nap
puisque depuis cette date, mes revenus de travail ont toujours été inférieurs au maximum permis. Année Mois Jour
(Pour connaître ce maximum, veuillez contacter votre organisme de liaison.)

Továbbra is dolgozom.
Je travaille toujours.

B. Járadéka fizetését a lehető legkorábban vagy az Ön általább megadott más időpontban megkezdjük.
Le paiement de votre rente débutera le plus tôt possible ou à un autre moment si vous le mentionnez ci-après.

Időpont **Térjen át az F. részre.**
En **Passez à la partie F.**
Év Hónap
Année Mois



Rész

ROKKANTSÁGI ELLÁTÁS IRÁNTI KÉRELEM DEMANDE DE PRESTATIONS D'INVALIDITÉ

1 Munkahelyi baleset vagy foglalkozási megbetegedés következtében nyújtott-e már be kérelmet a Munkahelyi Egészségvédelmi és Biztonsági Bizottsághoz (CSST)?
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 ?

Nem
Non

Igen, de nem kaptam választ.
Oui, mais je n'ai pas reçu de réponse.

Igen, és a CSST helyt adott a kérelmemnek.
Oui, et la CSST a accepté ma demande.



Adja meg ügyiratszámát (CSST)
Indiquez votre numéro de dossier (CSST)

Igen, de a CSST elutasította a kérelmemet.
Oui, mais la CSST a refusé ma demande.

2 Nyújtott-e már be ellátás iránti kérelmet a Québeci Gépjármű-biztosítási Társasághoz?
Avez-vous déjà fait une demande d'indemnité à la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ?

Nem
Non

Igen. Adja meg ügyiratszámát _____
Oui. Indiquez votre numéro de dossier

4 Rokkantságával kapcsolatban Kanadában nyújtott-e már be kérelmet valamely biztosítótársasághoz vagy valamely más szervezethez?
Avez-vous fait au Canada une demande à une compagnie d'assurances ou à un autre organisme concernant votre invalidité ?

Nem. **Térjen át a 4. sz. kérdésre.** Igen. Adja meg ügyiratszámát _____
Non. **Passez au numéro 4.** Oui. Indiquez votre numéro de dossier

Adja meg a társaság vagy a szervezet nevét.
Indiquez le nom de la compagnie ou de l'organisme

Munkával kapcsolatos előzmények Antécédents de travail

5 A. Hazájában vagy egy másik országban teljesen visszavonult-e a munkából?
Avez-vous cessé complètement de travailler dans votre pays ou dans un autre pays ?

Igen. **Térjen át a B. részre.** Nem. Töltse ki az alábbi részt.
Oui. **Passez à B.** Non. Remplissez ce qui suit.

Heti hány órát dolgozik? _____
Combien d'heures par semaine travaillez-vous ?

Mennyit keres hetente (az ország pénznemében)? _____
Combien gagnez-vous par semaine (en monnaie du pays) ?

Térjen át a C. részre.
Passez à C

B. A munkában eltöltött utolsó napjának ideje
Date de votre dernière journée de présence au travail

Év Hónap Nap
Année Mois Jour

C. Utolsó munkaviszonyának kezdési ideje
Date du début de votre dernier emploi

Év Hónap Nap
Année Mois Jour

D. Milyen okokból vonult vissza részlegesen vagy teljesen a munkából?
Pour quelles raisons avez-vous cessé partiellement ou complètement de travailler ?

E. Rokkantsága miatt vonult vissza a munkából?
Avez-vous cessé de travailler à cause de votre invalidité ?

Igen
Oui

Nem
Non

Sorolja fel korábbi munkaviszonyait Énumérez vos emplois précédents	Időtartam Durée				A kilépés oka Cause du départ
	-tól /De		-ig /De		
	Év Année	Hónap Mois	Év Année	Hónap Mois	

5. Bérből és fizetésből élő munkavállaló-e vagy volt-e? Igen. Töltse ki az alábbi részt. Nem. Térjen át a 6. pontra.
Étes-vous ou étiez-vous un travailleur salarié ? Oui. Remplissez ce qui suit. Non. Passez à la section 6.

A. Mi volt vagy mi az utolsó állása? _____
Quel est ou a été votre dernier emploi ?

B. Mi a neve vagy mi volt a neve az utolsó munkaadójának? _____
Quel est ou était le nom de votre dernier employeur ?

Címe _____ Telefonszáma _____
Adresse N° de téléphone

C. Mennyi ideig tartotta meg ezt az állást? _____ -tól _____ -ig
Durant quelle période avez-vous gardé cet emploi ? De À
Év Hónap Nap Év Hónap Nap
Année Mois Jour Année Mois Jour

D. Kérjük, határozza meg munkája jellegét _____
Veuillez décrire la nature de votre travail

Ezt a munkát szabadtéren kellett végeznie? Igen Nem
Ce travail vous obligeait-il à travailler en plein air ? Oui Non

E. Heti hány órát dolgozik vagy dolgozott? _____
Combien d'heures par semaine travaillez-vous ou avez-vous travaillé ?

Mennyi fizetést kap vagy kapott hetente (az ország pénznemében)? _____
Combien étes-vous ou étiez-vous payé (en monnaie du pays) par semaine ?

Megjegyzendő: Önálló munkavállalónak tekintendő az a személy, aki a maga nevében dolgozik, aki inkorporált vagy nem inkorporált vállalkozás tulajdonosa.

À noter : Par travailleur indépendant, on entend la personne qui exécute un travail pour son compte, qui est propriétaire d'une entreprise, incorporée ou non.

6. Önálló munkavállaló-e vagy volt-e? Igen. **Töltse ki az alábbi részt.** Nem. **Térjen át a 7. pontra.**
Êtes-vous ou étiez-vous un travailleur indépendant ? Oui. **Remplissez ce qui suit.** Non. **Passez à la section 7**

A. Mi vagy mi volt a vállalkozása neve és címe?
Quels sont ou quels étaient le nom et l'adresse de votre entreprise ?

B. Mire szakosodik vagy szakosodott a vállalkozása, és abban milyen feladatokat lát el vagy látott el?
En quoi votre entreprise est-elle ou était-elle spécialisée et quelles sont ou quelles étaient les fonctions que vous y exercez ?

C. Ön a vállalkozása teljes jogú tulajdonosa-e vagy volt-e Igen Nem
Êtes-vous ou étiez-vous propriétaire à part entière de votre entreprise Oui Non

Ha nem, akkor adja meg részesedési arányát _____ %
Si non, inscrivez votre pourcentage de participation

D. Ön önálló munkavállaló-e vagy önálló munkavállaló volt-e? Igen Nem
Êtes-vous ou étiez-vous un travailleur à votre compte ? Oui Non

E. Vannak-e vagy voltak-e alkalmazottai? Igen Nem
Avez-vous ou aviez-vous des employés ? Oui Non

Ha igen, hány? _____
Si oui, combien ?

F. Vállalkozása jelenleg is működik-e? Igen Nem
Votre entreprise fonctionne-t-elle toujours ? Oui Non

Amennyiben a vállalkozást eladták vagy az megszűnt, kérjük, juttassa el hozzánk a szerződés egy másolatát, és itt adja meg a működés befejezésének időpontját.
Si elle a été vendue ou dissoute, veuillez nous faire parvenir une copie de la transaction et indiquez ici la date où elle a cessé de fonctionner.

Év Hónap Nap
Année Mois Jour

G. Mely időpont óta tekinti magát rokkantnak?
Depuis quelle date vous considérez-vous comme invalide ?

Év Hónap Nap
Année Mois Jour

Kérjük, adja meg a munkában eltöltött utolsó napjának idejét.
Veuillez indiquer votre dernier jour de présence au travail.

Év Hónap Nap
Année Mois Jour

Adja meg a havonta ledolgozott munkaórát.
H. Indiquez le nombre d'heures travaillées par mois.

Rokkantsága előtt
Avant votre invalidité

Rokkantsága óta
Depuis votre invalidité

I. Adja meg azon családtagjainak havi munkaóra számát akik nem kapnak bért.
Indiquez par mois le nombre d'heures de travail des membres de votre famille qui ne reçoivent pas de salaire.

Rokkantsága előtt
Avant votre invalidité

Rokkantsága óta
Depuis votre invalidité

J. Adja meg az ebből a munkából származó éves jövedelmeket.
Indiquez les revenus annuels de ce travail.

Rokkantsága előtt
Avant votre invalidité

Rokkantsága óta
Depuis votre invalidité

Térjen át a 7. sz. kérdésre.
Passez à la question 7

Az Ön egészségi állapotára vonatkozó adatok
Renseignements sur votre état de santé

- 7.** Adja meg azokat a betegségeket vagy fogyatékoságokat, amelyek akadályozzák a munkában. Amennyiben nem ismeri az orvosi megnevezéseket, akkor saját szavaival írja le.
Indiquez les maladies ou les déficiences qui vous empêchent de travailler. Si vous ne connaissez pas les noms médicaux, employez vos propres termes.

- 8.** Fejtse ki, hogy ezek a betegségek vagy fogyatékoságok hogyan akadályozzák Önt a munkában.
Expliquez en quoi ces maladies ou déficiences vous empêchent de travailler.

- 9.** Sorolja fel az Ön által jelenleg szedett gyógyszereket.
Énumérez les médicaments que vous prenez actuellement.

Gyógyszer neve Nom du médicament	Milyen adagban szedi? Quelle dose prenez-vous ?	Mikor veszi be? Quand le prenez-vous ?

- 10.** Adjon meg minden olyan egyéb kezelést (fizioterápia, pszichoterápia, stb.), amelyre jelenleg jár.
Indiquez tout autre traitement (physiothérapie, psychothérapie, etc.) suivi actuellement.

- 11.** Tudja-e használni a tömegközlekedést? Igen Nem. Adja meg ennek okát.
Pouvez-vous utiliser les transports en commun ? Oui Non. Donnez la raison.

Az Ön orvosaira vonatkozó adatok
Renseignements sur vos médecins

- 12.** Adja meg az Önt jelenleg kezelő orvos nevét. _____
Indiquez le nom du médecin qui vous soigne actuellement.

Háziorvos Szakorvos (határozza meg pontosan): _____
Médecin de famille Spécialiste (précisez) :

Melyik kórházban vagy belklinikán? _____
À quel hôpital ou clinique médicale ?

Mikor járt utoljára ennél az orvosnál?
Date de votre dernière visite à ce médecin ?

Év Hónap Nap
Année Mois Jour

13. Adja meg azon többi orvos nevét, akikhez járt.

Indiquez le nom des autres médecins que vous avez consultés.

Az orvos neve _____
Nom du médecin

Háziorvos Médecin de famille Szakorvos (határozza meg pontosan): _____
Spécialiste (précisez) :

Melyik kórházban vagy belklinikán? _____
À quel hôpital ou clinique médicale ?

Mikor járt utoljára ennél az orvosnál? _____ Év Hónap Nap
Date de votre dernière visite à ce médecin ? Année Mois Jour

Az orvos neve _____
Nom du médecin

Háziorvos Médecin de famille Szakorvos (határozza meg pontosan): _____
Spécialiste (précisez) :

Melyik kórházban vagy belklinikán? _____
À quel hôpital ou clinique médicale ?

Mikor járt utoljára ennél az orvosnál? _____ Év Hónap Nap
Date de votre dernière visite à ce médecin ? Année Mois Jour

**Ezen orvosok mindegyikétől orvosi jelentést kell kérnie és azt meg kell küldenie részünkre.
Vous devez obtenir un rapport médical de chacun de ces médecins et nous les faire parvenir.**

Az Ön kórházi kezeléseire vonatkozó adatok Renseignements sur vos hospitalisations

14. Volt-e kórházban az elmúlt öt év során?

Avez-vous été hospitalisé au cours des cinq dernières années ?

Nem. **Térjen át a 15. pontra.** Igen. Töltse ki az alábbi részt.
Non. **Passez au numéro 15.** Oui. Remplissez ce qui suit.

Hozzávetőleges időpont _____ Év Hónap
Date approximative Année Mois

A kórház neve _____
Nom du centre hospitalier

Helye _____
Endroit

A kórházi ápolás okai _____
Raisons de l'hospitalisation

Hozzávetőleges időpont _____ Év Hónap
Date approximative Année Mois

A kórház neve _____
Nom du centre hospitalier

Helye _____
Endroit

A kórházi ápolás okai _____
Raisons de l'hospitalisation

Hozzávetőleges időpont _____ Év Hónap
Date approximative Année Mois

A kórház neve _____
Nom du centre hospitalier

Helye _____
Endroit

A kórházi ápolás okai _____
Raisons de l'hospitalisation

Hozzávetőleges időpont
Date approximative

Év Hónap
Année Mois

A kórház neve _____
Nom du centre hospitalier

Helye _____
Endroit

A kórházi ápolás okai _____
Raisons de l'hospitalisation



ROKKANT SZEMÉLY GYERMEKNEVELÉSI JÁRADÉKA RENTE D'ENFANT DE PERSONNE INVALIDE

15. 19 év alatti gyermeke után járadékot igényelhet. A gyermeket akkor tekintjük az Ön gyermekének:

- ha a vér szerinti vagy örökbefogadott gyermekéről van szó, még akkor is, ha nem Önnel lakik.
- ha az Önnel házasságot kötött és Önnel élő társa gyermekéről van szó.
- ha bármely olyan gyermekről van szó, akinek szükségleteiről részben vagy teljesen Ön gondoskodik

Vous pouvez demander une rente pour votre enfant de moins de 19 ans. Nous considérons qu'il s'agit de votre enfant :

- s'il s'agit de votre enfant lié par le sang ou l'adoption, même s'il ne réside pas avec vous.
- s'il s'agit de l'enfant du conjoint avec lequel vous êtes marié et qui réside avec vous.
- s'il s'agit de tout autre enfant aux besoins duquel vous subvenez en tout ou en partie.

Vannak-e olyan gyermekei, akik ezeknek a feltételeknek megfelelnek?
Avez-vous des enfants qui répondent à ces conditions ?

- Igen. Töltse ki az alábbi részt. Oui. Remplissez ce qui suit.
- Nem. **Térjen át az F. részre.** Non. **Passez à la partie F.**

Adja meg azoknak a gyermekeknek a nevét és utónevét, akik után a rokkant személynek járó gyermeknevelési járadékot igényli.
Indiquez les nom et prénom des enfants pour lesquels vous demandez la rente d'enfant de personne invalide.

1	Születéskori név Nom à la naissance	Utónév Prénom		
Születési idő Date de naissance		Társadalombiztosítási azonosítószám Numéro d'assurance sociale		
Év Hónap Nap Année Mois Jour				
A gyermek jelenlegi címe Adresse actuelle de l'enfant				
Születési helye Lieu de naissance	Település Municipalité	Tartomány Province	Ország Pays	
Anyja születéskori neve Nom de sa mère à la naissance	Utóneve Prénom	Apja neve Nom de son père	Utóneve Prénom	
2	Születéskori név Nom à la naissance	Utónév Prénom		
Születési idő Date de naissance		Társadalombiztosítási azonosítószám Numéro d'assurance sociale		
Év Hónap Nap Année Mois Jour				
A gyermek jelenlegi címe Adresse actuelle de l'enfant				
Születési helye Lieu de naissance	Település Municipalité	Tartomány Province	Ország Pays	
Anyja születéskori neve Nom de sa mère à la naissance	Utóneve Prénom	Apja neve Nom de son père	Utóneve Prénom	
3	Születéskori név Nom à la naissance	Utónév Prénom		
Születési idő Date de naissance		Társadalombiztosítási azonosítószám Numéro d'assurance sociale		
Év Hónap Nap Année Mois Jour				
A gyermek jelenlegi címe Adresse actuelle de l'enfant				
Születési helye Lieu de naissance	Település Municipalité	Tartomány Province	Ország Pays	
Anyja születéskori neve Nom de sa mère à la naissance	Utóneve Prénom	Apja neve Nom de son père	Utóneve Prénom	

**Amennyiben nem elegendő a hely, a kiegészítést írja az utolsó oldalra.
Si l'espace est insuffisant, ajoutez une note à la dernière page.**

A fent megjelölt gyermekek között vannak-e olyanok, akik már kapnak árvasági járadékot vagy rokkant személynek járó gyermeknevelési járadékot a Québeci Járadékrendszer vagy a Kanadai Nyugdíjrendszer keretében?

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 du Canada ?

Nem
Non

Igen, az alábbi társadalombiztosítási azonosítószám alatt
Oui, sous le numéro d'assurance sociale suivant

**Térjen át az F. részre.
Passez à la partie F.**



Rész

TÚLÉLŐ HOZZÁTARTOZÓI JUTTATÁSOK IRÁNTI KÉRELEM

DEMANDE DE PRESTATIONS DE SURVIVANTS

Az elhunyt személyre vonatkozó adatok

Renseignements sur la personne décédée

A) Elhalálozás ideje
Date du décèsÉv Hónap Nap
Année Mois JourB) Elhalálozás
Lieu du décèsváros vagy község, ország helye
ville ou village, pays

HALÁLESETI JUTTATÁS IRÁNTI KÉRELEM

DEMANDE DE PRESTATION DE DÉCÈS

1. Adja meg, milyen jogcímen igényli a haláleseti juttatást. **Csak egyetlen rubrikát jelöljön meg.**
Indiquez à quel titre vous demandez la prestation de décès. **Ne cochez qu'une seule case.**

Amennyiben az **A.** pontot jelöli meg, a csekket az Ön nevére állítjuk ki a kifizetett temetési költségek összegével;
a **B.**, **C.** vagy **D.** pontot jelöli meg, a csekket legkorábban 60 nappal a halált követően «... örökösei» nevére állítjuk ki;
az **E.** pontot jelöli meg, a csekket a karitatív szervezet nevére állítjuk ki a kifizetett temetési költségek összegével.

Si vous cochez **A.**, le chèque sera fait à votre nom au montant des frais funéraires payés ;
B., **C.** ou **D.**, il sera fait au nom de «Héritiers de» au plus tôt 60 jours après le décès ;
E., il sera fait au nom de l'organisme de charité au montant des frais funéraires payés.

A Az a személy, aki a temetési költségeket fizette
Personne qui a payé les frais funéraires

Ebben az esetben ehhez a kérelemhez csatolnia kell az Ön nevére kiállított fizetési bizonylatot vagy bizonylatokat (nyugtákat) vagy ezeket a halált követő **60 napon belül** meg kell küldenie részünkre.
Dans ce cas, vous devez joindre à cette demande la ou les preuves de paiement (reçus) faites à votre nom ou nous les faire parvenir **dans 60 jours** qui suivent la date du décès.

Térjen át a 3. pontra.
Passez à la section 3.

B Örökös Amennyiben a kifizetett temetési költségek nem érik el a haláleseti juttatás összegét, a különbözet szintén kifizethető az örökösöknek, vagy azok híján, más személyeknek.
Héritier Si les frais funéraires payés sont inférieurs à la prestation de décès, la différence peut aussi être versée aux héritiers ou, à défaut, à d'autres personnes.

Adja meg az alábbi adatokat:
Apportez les précisions suivantes :

Lemondott-e az örökségről? Igen Nem
Avez-vous renoncé à la succession ? Oui Non

Milyen kapcsolatban áll az elhunyt személlyel? _____
Quel est votre lien avec la personne décédée ?

Térjen át a 3. pontra.
Passez à la section 3

C A hagyaték végrehajtója (a végrendeletben megnevezett végrehajtó vagy végrendelet hiányában az örökösök által megnevezett személy)
Liquidateur de la succession (exécuteur testamentaire nommé dans le testament ou, à défaut de testament, personne nommée par les héritiers)

Térjen át a 3. pontra.
Passez à la section 3.

D A hagyaték intézésével megbízott szakember
Professionnel mandaté pour régler pour la succession

Térjen át a 3. pontra.
Passez à la section 3.

E Elismert karitatív szervezet, amely a temetési költségeket kifizette
Organisme de charité reconnu qui a payé les frais funéraires

A karitatív szervezetet be kell jegyeztetni és mint olyant el kell ismertetni a Kanadai Jövedelmi Hivatalnál.
Őnek a halál időpontját követő **60 napon belül** át kell adnia a **szervezet nevére kiállított fizetési bizonylatot vagy bizonylatokat (nyugtákat)**.

Un organisme de charité doit être enregistré et reconnu comme tel à l'Agence du revenu du Canada.
Vous devez fournir, **dans les 60 jours** qui suivent la date du décès, la ou les **preuves de paiement (reçus) faites au nom de l'organisme**.

Térjen át a 2. pontra.
Passez à la section 2.

2. Amennyiben Ön karitatív szervezet jogcímén nyújtja be a kérelmet, töltsé ki az alábbi részt, majd térjen át az F. részre.
Si vous faites la demande à titre d'organisme de charité, remplissez ce qui suit et passez à la partie F.

A kérelmező személy neve
Nom de la personne qui fait la demande

A karitatív szervezet neve
Nom de l'organisme de charité

Bejegyzési száma
Numéro d'enregistrement

Címe
Adresse

Irányítószám
Code postal

A karitatív szervezet képviselőjének neve
Nom du représentant de l'organisme de charité

Prénom
Utóneve

Telefonszám
Téléphone
Szokásos megjelölés
Ind. rég.

3. Amennyiben Ön örökösként vagy a temetési költségeket fizető személyként igényli a haláleseti juttatást, töltsé ki az alábbi részt, majd térjen át az F. részre. Amennyiben a hagyaték végrehajtójaként vagy megbízott szakemberként nyújtja be a kérelmet, a 3. pontot nem kell kitöltenie, de ne felejtse el kitölteni az F. részt.
Si vous faites la demande de prestation de décès à titre d'héritier ou de payeur des frais funéraires, remplissez ce qui suit et passez à la partie F. Si vous faites la demande à titre de liquidateur de la succession ou de professionnel mandaté, vous n'avez pas à remplir la section 3, mais n'oubliez pas de remplir la partie F.

A kérelmező személy neve
Nom de la personne qui fait la demande

Jelenleg használt neve
Nom utilisé actuellement

Utóneve
Prénom

Születéskori neve, amennyiben eltérő
Nom à la naissance si différent

Születéskori utóneve, amennyiben eltérő
Prénom à la naissance si différent

Születési ideje
Date de naissance

Év Hónap Nap
Année Mois Jour

Társadalombiztosítási azonosítószáma
Numéro d'assurance sociale

Címe
Adresse

Irányítószám
Code postal

Otthoni telefonszáma
Téléphone domicile Szokásos megjelölés
Ind. rég.

Munkahelyi telefonszáma
Téléphone au travail Szokásos megjelölés
Ind. rég.



Partie

Rész

TÚLÉLŐ HÁZASTÁRSI JÁRADÉK IRÁNTI KÉRELEM

DEMANDE DE RENTE DE CONJOINT SURVIVANT

A túlélő házastársra vonatkozó adatok

Renseignements sur le conjoint survivant

1. Neme Sexe <input type="checkbox"/> F M		Jelenleg használt neve Nom utilisé actuellement		Utóneve Prénom							
Nom à la naissance si différent Születéskori neve, amennyiben eltérő			Prénom à la naissance si différent Születéskori utóneve, amennyiben eltérő								
2. AZ ÖN társadalombiztosítási azonosítószáma VOTRE numéro d'assurance sociale		Apja utóneve Prénom de votre père									
Anyja utóneve Prénom de votre mère		Anyja születéskori neve Nom de votre mère à la naissance									
3. Állandó lakcíme a házastárs halálának idején (házsám, utca, lakás, postafiók, mezei út) Adresse de votre domicile permanent au moment du décès de votre conjoint (numéro, rue, app., case postale, route rurale)											
Település Municipalité		Tartomány Province		Ország Pays		Írányítószám Code postal					
Jelenlegi címe, ha az más mint a fent megadott cím (házsám, utca, lakás, postafiók, mezei út) Adresse actuelle si elle est différente de celle qui est indiquée ci-dessus (numéro, rue, app., case postale, route rurale)											
Település Municipalité		Tartomány Province		Ország Pays		Írányítószám Code postal					
Otthoni telefonszáma Téléphone à la résidence		Szokásos megjelölés Ind. rég.		Munkahelyi telefonszáma Téléphone au travail		Szokásos megjelölés Ind. rég.					
4. Születési ideje Date de naissance		Év Hónap Nap Année mois jour		Születési helye Lieu de naissance Település Municipalité		Tartomány Province		Ország Pays			
Kívánt levelezési nyelv: Langue de correspondance souhaitée :		<input type="checkbox"/> Francia Français		<input type="checkbox"/> Angol Anglais							
5. A halál időpontjában milyen kapcsolatban állt az elhunyt személlyel? Au moment du décès, quel était votre lien avec la personne décédée ?											
<input type="checkbox"/> Házasok voltunk Nous étions mariés depuis le			Év Hónap Nap óta Année Mois Jour			<input type="checkbox"/> Élettársak voltunk Nous étions conjoints de fait depuis le			Év Hónap Nap óta Année Mois Jour		
<input type="checkbox"/> Hivatalosan különváltunk Nous étions séparés légalement depuis le			Év Hónap Nap óta Année Mois Jour			<input type="checkbox"/> Különéltünk Nous étions séparés de fait depuis le			Év Hónap Nap óta Année Mois Jour		
<input type="checkbox"/> Elváltunk Nous étions divorcés depuis le			Év Hónap Nap óta Année Mois Jour			<input type="checkbox"/> Újra együtt éltünk Nous avons repris la vie commune depuis le			Év Hónap Nap óta Année Mois Jour		
Házasságkötés helye Lieu du mariage		Település Municipalité		Tartomány Province		Ország Pays					
Van-e gyermeke vagy vár-e gyermeket az elhunyt személytől? Avez-vous ou attendez-vous un enfant de la personne décédée ?				<input type="checkbox"/> Igen Oui				<input type="checkbox"/> Nem Non			
Valamelyikük örökbe fogadta-e a másik gyermekét, vagy közösen fogadtak-e örökbe gyermeket? L'un de vous a-t-il adopté un enfant de l'autre, ou avez-vous adopté un enfant ensemble ?				<input type="checkbox"/> Igen Oui				<input type="checkbox"/> Nem Non			

6. 6.1 Házastársa halálának időpontjában: À la date du décès de votre conjoint :	6.2 Házastársa halála óta: Depuis le décès de votre conjoint :
A) Ön rokkant volt-e? Étiez-vous invalide ? <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Non	A) Ön rokkanttá vált-e? Étes-vous devenu(e) invalide ? <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Non
B) Volt-e eltartandó rokkant gyermeke? Aviez-vous un enfant invalide à votre charge ? <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Non	B) Vállalt-e eltartandó rokkant gyermeket? Avez-vous pris un enfant invalide à votre charge ? <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Non
C) Volt-e eltartandó 18 év alatti gyermeke? Aviez-vous un enfant de moins de 18 ans à votre charge ? <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Non	C) Vállalt-e eltartandó 18 év alatti gyermeket? Avez-vous pris un enfant de moins de 18 ans à votre charge ? <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Non
7. Kap-e járadékot a Kanadai Nyugdíjrendszer keretében? (A Kanadai Öregkori Biztosítás nyugellátását ne vegye figyelembe!) Recevez-vous une rente du Régime de pensions du Canada ? (Ne tenez pas compte de la pension de la Sécurité de la vieillesse.) <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Igen, az alábbi társadalombiztosítási azonosítószám alatt <input type="checkbox"/> Oui, sous le numéro d'assurance sociale suivant	



ÁRVASÁGI JÁRADÉK IRÁNTI KÉRELEM DEMANDE DE RENTE D'ORPHELIN

Árvasági járadék folyósítható minden olyan gyermek után, aki a halál időpontjában még nem töltötte be a 18 évet és aki:

- az elhunyt személy azon gyermeke, aki vele lakott vagy aki nem lakott vele;
- a túlélő társ azon gyermeke, aki az elhunyt személlyel lakott;
- minden olyan gyermek, aki az elhunyt személlyel lakott, vagy akinek megélhetését az elhunyt személy biztosította.

Une rente d'orphelin peut être versée pour tout enfant qui avait moins de 18 ans à la date du décès et qui est :

- l'enfant de la personne décédée, qui habitait ou non avec elle ;
- l'enfant du conjoint survivant, qui habitait avec la personne décédée ;
- tout autre enfant qui habitait avec la personne de décédée ou dont celle-ci assurait la subsistance.

Az elhunyt személynek voltak-e olyan gyermekei, akik megfelelnek ezeknek a feltételeknek?

La personne décédée avait-elle des enfants qui répondent à ces conditions ?

Igen. Töltse ki az 1. pontot.
Oui. Remplissez la section 1.

Nem. Térjen át az F. részre.
Non. Passez à la partie F.

1. Adja meg azoknak a gyermekeknek a nevét és utónévét, akik a halál időpontjában még nem töltötték be a 18 évet, és akik után az árvasági járadékot igényli. Indiquez les nom et prénom des enfants qui avaient moins de 18 ans à la date du décès et pour lesquels vous demandez la rente d'orphelin.			
[1] Születés kori név Nom à la naissance		Utónév Prénom	
Születési idő Év Hónap Nap Date de naissance Année Mois Jour		Társadalombiztosítási azonosítószám Numéro d'assurance sociale	
Címe a halál időpontjában Adresse au moment du décès		Jelenlegi címe Adresse actuelle	
Születési hely Lieu de naissance	Település Municipalité	Tartomány Province	Ország Pays
Anyja születés kori neve Nom de sa mère à la naissance	Utóneve Prénom	Apja neve Nom de son père	Utóneve Prénom
[2] Születés kori név Nom à la naissance		Utónév Prénom	
Születési idő Év Hónap Nap Date de naissance Année Mois Jour		Társadalombiztosítási azonosítószám Numéro d'assurance sociale	
Címe a halál időpontjában Adresse au moment du décès		Jelenlegi címe Adresse actuelle	
Születési hely Lieu de naissance	Település Municipalité	Tartomány Province	Ország Pays
Anyja születés kori neve Nom de sa mère à la naissance	Utóneve Prénom	Apja neve Nom de son père	Utóneve Prénom
[3] Születés kori név Nom à la naissance		Utónév Prénom	
Születési idő Év Hónap Nap Date de naissance Année Mois Jour		Társadalombiztosítási azonosítószám Numéro d'assurance sociale	
Címe a halál időpontjában Adresse au moment du décès		Jelenlegi címe Adresse actuelle	

Születési hely Lieu de naissance	Település Municipalité	Tartomány Province	Ország Pays
Anyja születéskori neve Nom de sa mère à la naissance	Utóneve Prénom	Apja neve Nom de son père	Utónev Prénom
Amennyiben nem elegendő a hely, a kiegészítést írja az utolsó oldalra. Si l'espace est insuffisant, ajoutez une note à la dernière page.			
<p>A fent megjelölt gyermekek között vannak-e olyanok, akik már kapnak árvasági járadékot vagy rokkant személynek járó gyermeknevelési járadékot a Québeci Járadékrendszer vagy a Kanadai Nyugdíjrendszer keretében? 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 du Canada ?</p> <p><input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen, az alábbi társadalombiztosítási azonosítószám alatt Non Oui, sous le numéro d'assurance sociale suivant</p>			
2. Adja meg azon személy személyazonosságát, aki ezekért a gyermekekért felelős, és aki részére az árvasági járadékot folyósítani kell. Identifiez la personne qui a la charge de ces enfants et à qui doit être versée la rente d'orphelin.			
Név Nom		Utónév Prénom	
Születéskori név, amennyiben eltérő Nom à la naissance si différent		Születéskori utónév, amennyiben eltérő Prénom à la naissance si différent	
Születési idő Date de naissance	Év Hónap Nap Année Mois Jour	Társadalombiztosítási azonosítószám (amennyiben rendelkezik ilyennel) Numéro d'assurance sociale (si elle en a un)	
Cím Adresse			Írányítószám Code postal
Otthoni telefonszám Téléphone à la résidence	Szokásos megjelölés Ind. rég.	Munkahelyi telefonszám Téléphone au travail	Szokásos megjelölés Ind. rég.
Ne felejtse el kitölteni az F. Részt! N'oubliez pas de remplir la partie F			

Partie



Rész

A KÉRELMEZŐ NYILATKOZATA DÉCLARATION DE LA PERSONNE QUI FAIT LA DEMANDE

A Québeci Járadérendszer keretében ezennel a fentiekben jelzett ellátásokat igényelem. Kijelentem, hogy a jelen kérelemben megadott adatok tudomásom szerint megfelelnek a valóságnak és hiánytalanok, és kötelezettséget vállalok arra, hogy a Québeci Járadékezelő Hivatalat értesítem minden olyan változásról, amely az ezekre az ellátásokra való jogosultságot befolyásolhatja.

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 la présente demande sont véridiques et complets et je m'engage à aviser la Régie des rentes du Québec de tout changement pouvant influencer sur le droit à ces prestations.

Aláírás _____ Dátum _____
Signature _____ Date _____
Év Hónap Nap
Année Mois Jour

Amennyiben a jelen kérelmet nem írja alá az a személy, aki részére a juttatásokat folyósítani fogják, kérjük, tüntesse fel, hogy azt milyen jogcímen írta alá Ön.

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.

Jogcím _____ Név és utónév _____
Titre _____ Nom et prénom _____

Cím _____
Adresse _____

Kanadai társadalombiztosítási azonosítószám, amennyiben rendelkezik ilyennel
Numéro d'assurance sociale au Canada, si vous en avez un

Kívánt levelezési nyelv: Francia Angol Otthoni telefonszám: _____
Langue de correspondance souhaitée : Français Anglais Téléphone à la résidence :

Munkahelyi telefonszám: _____
Téléphone au bureau :

A döntés nyilvánosságra hozatalára vonatkozó engedély (nem kötelező) Autorisation de divulguer la décision (facultatif)

Engedélyezem a Québeci Járadékezelő Hivatalnak, hogy a **döntésével** kapcsolatos adatokat, azaz a kérelem elfogadásának vagy elutasításának tényét, a járadék összegét és a járadékfizetés kezdési idejét megadja az illetékes intézménynek vagy Magyarország összekötő szervezetének.

J'autorise la Régie des rentes du Québec à transmettre les renseignements concernant sa **décision**, c'est-à-dire si la demande a été acceptée ou refusée, le montant de la rente et la date du début de la rente, à l'institution compétente ou à l'organisme de liaison de Hongrie.

Aláírás _____ Dátum _____
Signature _____ Date _____
Év Hónap Nap
Année Mois Jour

Partie



**Rész EZT A RÉSZT MAGYARORSZÁG ILLETÉKES SZERVEZETE TÖLTI
KI
PARTIE À REMPLIR PAR L'ORGANISME COMPÉTENT DE
HONGRIE**

A kérelem átvételének időpontja La demande a été reçue le				
		Év Hónap Nap Année Mois Jour		
Az ellátás fajtája Type de prestation				
<input type="checkbox"/> Nyugdíj Retraite		<input type="checkbox"/> Rokkantsági Invalidité	<input type="checkbox"/> Túlélői Survie	
A járulékfizető adatai Renseignements sur le cotisant				
A járulékfizető neve: Nom du cotisant :				
Születési ideje Date de naissance	Halálának ideje Date du décès	Házasságkötésének ideje Date du mariage	Válásának ideje Date du divorce	Hivatalos különválásának ideje Date de la séparation légale
Év Hónap Nap Année Mois Jour	Év Hónap Nap Année Mois Jour	Év Hónap Nap Année Mois Jour	Év Hónap Nap Année Mois Jour	Év Hónap Nap Année Mois Jour
<input type="checkbox"/> Ellenőrizve Vérifiée	<input type="checkbox"/> Ellenőrizve Vérifiée	<input type="checkbox"/> Ellenőrizve Vérifiée	<input type="checkbox"/> Ellenőrizve Vérifiée	<input type="checkbox"/> Ellenőrizve Vérifiée
A túlélő házastárs adatai Renseignements sur le conjoint survivant				
A túlélő házastárs neve: _____ Nom du conjoint survivant :				
Születési ideje Date de naissance	<input type="checkbox"/> Ellenőrizve Vérifiée	Év Hónap Nap Année Mois Jour		
Gyermekek adatai – Születési idő Renseignements sur les enfants – Date de naissance				
Név Nom	Év Hónap Nap Année Mois Jour	<input type="checkbox"/> Ellenőrizve Vérifiée		
Név Nom	Év Hónap Nap Année Mois Jour	<input type="checkbox"/> Ellenőrizve Vérifiée		
Név Nom	Év Hónap Nap Année Mois Jour	<input type="checkbox"/> Ellenőrizve Vérifiée		
Név Nom	Év Hónap Nap Année Mois Jour	<input type="checkbox"/> Ellenőrizve Vérifiée		
Igazolom, hogy a személyi adatokra vonatkozóan a jelen úrlapon feltüntetett adatok a kérelmező által bemutatott eredeti okmányokból származnak. J'atteste que les données relatives à l'état civil inscrites sur la présente formule ont été tirées des documents originaux fournis par le requérant.				
A szervezet neve Nom de l'organisme				
Dátum Date	Aláírás Signature			
A felhatalmazott tisztviselő családneve, utóneve és beosztása Prénom, nom de famille et titre du fonctionnaire autorisé				
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p>Sceau Pecset</p> </div>				

