

**APPLICATION FOR ITALIAN BENEFITS UNDER THE ITALY- CANADA
INTERNATIONAL SOCIAL SECURITY AGREEMENT**

**DOMANDA DI PRESTAZIONE ITALIANA IN VIRTÙ DELL'ACCORDO INTERNAZIONALE
DI SICUREZZA SOCIALE ITALO-CANADESE**

This application should be completed by the worker or by one of the worker's surviving relatives who is claiming survivor's benefits.

Questa domanda deve essere compilata dal lavoratore oppure da un familiare del lavoratore che presenta domanda di prestazione ai superstiti.

FOR CANADA - PER IL CANADA

FILE REFERENCE NUMBER AT SERVICE CANADA

NUMERO DI RIFERIMENTO DELLA PRATICA
PRESSO IL SERVICE CANADA

DO NOT WRITE IN THIS SPACE

FOR SERVICE CANADA USE ONLY
SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO
COMPETENTE CANADESE

Date of receipt
(official stamp and date)

Data di ricezione
(timbro e data).

I hereby apply for the following benefit payable under the Italian social security legislation, as provided for under the bilateral Social Security Agreement between Italy and Canada
Con la presente domanda chiedo la prestazione, di seguito indicata, in base alla legislazione di sicurezza sociale italiana, secondo quanto previsto dall'Accordo di sicurezza sociale tra l'Italia e il Canada.

I hereby also request that the present claim be examined in view of assessing entitlement to benefits under the Canadian social security legislation, as provided for under article 27(2) of the Agreement.
Con la presente chiedo che la mia domanda sia esaminata anche al fine di stabilire il diritto a prestazione in base alla legislazione di sicurezza sociale canadese, secondo quanto previsto all'articolo 27(2) dell'Accordo

Yes/Sì

No/No

TYPE OF BENEFIT REQUESTED (indicate by marking X)
TIPO DI PENSIONE RICHIESTA (Contrassegnare con x l'apposita casella)

RETIREMENT / ANZIANITA'

EARLY PENSION / ANTICIPATA

OLD AGE / VECCHIAIA

DISABILITY* / INVALIDITÀ*

SURVIVOR'S ** / SUPERSTITI **

Note/ Nota:

* Please attach completed Medical Report CAN/IT/SS 3
Allegare certificato medico (SS3)

** If a person is claiming a survivor's pension in addition to another benefit, a separate form must be completed for each benefit.
Se una persona chiede anche una pensione ai superstiti oltre ad una delle prestazioni sopraindicate, è necessario compilare un'apposita, distinta domanda.

SECTION I / SEZIONE I

1. INFORMATION ABOUT THE APPLICANT – DATI RIGUARDANTI IL/LA RICHIEDENTE

(a) Family name Cognome	Name Nome	Maiden name Cognome da nubile	b) male maschio female femmina
(c) APPLICANT'S SOCIAL INSURANCE NUMBER <i>In the case of an application for survivor's benefits, give the deceased worker's number</i>		N. DI SICUREZZA SOCIALE DEL/LA RICHIEDENTE <i>Nel caso di pensione ai superstiti, indicare il numero di assicurazione del lavoratore deceduto</i>	
Canadian Social Insurance Number N. di sicurezza sociale canadese		Italian fiscal code as validated by the Inland Revenue Office Codice fiscale italiano validato al fisco	
(d) Date of Birth Data di nascita	DAY GIORNO	MONTH MESE	YEAR ANNO
(e) Place of Birth Luogo nascita	(City, Town or Village) (Città o paese)	(Province or Territory) (Provincia o territorio)	Country Stato
(f) Marital status Stato civile			
<input type="checkbox"/> Single Celibe/Nubile <input type="checkbox"/> Married Coniugato/a <input type="checkbox"/> Partner in civil union Unito civilmente <input type="checkbox"/> Common-law partner Convivente de facto <input type="checkbox"/> Widower/er Vedovo/a			
<input type="checkbox"/> Surviving civil partner Vedovo/a da unione civile <input type="checkbox"/> Divorced Divorziato/a <input type="checkbox"/> Separated Separato/a <input type="checkbox"/> Separated from registered partnership Separato/a civilmente			
(g) Date of Marriage/ registered partnership Data del matrimonio/ unione civile	DAY GIORNO	MONTH MESE	YEAR ANNO
(h) Place of Marriage/ registered partnership Luogo del matrimonio/ unione civile	(City, Town or Village) (Città o paese)	(Province or Territory) (Provincia o territorio)	Country Stato
(i) Place of Residence Luogo di Residenza	(Number and Street) (Numero e via)	(City, Town or Village) (Città o paese)	(Province or Territory) (Provincia o territorio) Country Stato (Postal Code) (Codice Postale)

2. INFORMATION ABOUT THE APPLICANT'S SPOUSE / PARTNER IN CIVIL UNION / COMMON-LAW PARTNER
DATI RIGUARDANTI IL CONIUGE / PARTNER UNITO CIVILMENTE / CONVIVENTE DE FACTO DEL RICHIEDENTE

(l) Family name Cognome	Name Nome	Maiden name Cognome da nubile		
(m) Date of Birth (dd/mm/yyyy) Data di nascita (gg/mm/aaaa)	Place of Birth Luogo di nascita	Country Stato	<input type="checkbox"/> Male Maschio	<input type="checkbox"/> Female Femmina
(n) Canadian Social Insurance Number Numero di sicurezza sociale canadese	Italian fiscal code as validated by the Italian Inland Revenue Office Codice fiscale italiano validato al fisco			
(o) Place of residence (number and street) Luogo di residenza (numero e via)	City, Town or Village Città o Paese	Province or Territory Provincia o territorio	Country Stato	Postal code Codice postale

3. REQUEST FOR AUTHORIZATION TO CONTINUE ITALIAN SOCIAL INSURANCE THROUGH VOLUNTARY CONTRIBUTIONS
RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AI VERSAMENTI VOLONTARI NELL'ASSICURAZIONE ITALIANA

In case the application for the Italian benefit should be denied, I ask for authorization to continue my Italian social insurance through voluntary contributions.
 Il sottoscritto, qualora la domanda di pensione sia respinta, chiede l'autorizzazione alla prosecuzione volontaria dell'assicurazione nel sistema di sicurezza sociale italiano.

SECTION II / SEZIONE II

4. TO BE COMPLETED IF THERE ARE FAMILY MEMBERS FOR WHOM FAMILY BENEFITS ARE CLAIMED (family unit benefits - ANF or family Allowances - AF) OR CLAIMANTS FOR SURVIVOR'S BENEFITS OTHER THAN SPOUSE. IF YOU ARE CLAIMING ITALIAN FAMILY BENEFITS PLEASE FILL IN: SECTION II NO. 4 AND SECTION IV NO. 8-9-10-11-12.
DA COMPILARE NEL CASO CHE ESISTANO PERSONE PER LE QUALI SI RICHIEDONO PRESTAZIONI FAMILIARI (Assegno per il Nucleo Familiare - ANF o Assegni Familiari - AF) OVVERO RICHIEDENTI LA PENSIONE AI SUPERSTITI DIVERSI DAL CONIUGE. IN CASO DI RICHIESTA DI PRESTAZIONI FAMILIARI ITALIANE (ANF/AF) COMPILARE: SEZIONE II N.4 E SEZIONE IV N. 8-9-10-11-12.

(a)	SURNAME AND GIVEN NAMES COGNOME E NOME	RELATIONSHIP TO WORKER* GRADO DI PARENTELA COL LAVORATORE*	DATE OF BIRTH DATA DI NASCITA DAY / MONTH / YEAR GIORNO / MESE / ANNO	INDICATE WHETHER STUDENT OR DISABLED** INDICARE SE "STUDENTE" O "INABILE**"

(b) LIST THE NAMES AND ADDRESS OF EACH DEPENDENT (if claiming for AF) OR MEMBER OF THE FAMILY UNIT (if claiming for ANF) SHOWN IN 4 (a) WHO IS NOT PRESENTLY LIVING WITH THE WORKER OR WHO WAS NOT LIVING WITH THE WORKER AT THE TIME OF DEATH
 INDICARE NOME E INDIRIZZI DI CIASCUN FAMILIARE A CARICO (se si tratta di richiesta di AF) O COMPONENTE IL NUCLEO FAMILIARE (se si tratta di richiesta di ANF) INDICATO AL PUNTO 4 (a) CHE ATTUALMENTE NON CONVIVA CON IL LAVORATORE O CHE NON CONVIVESSE CON IL LAVORATORE ALLA DATA DEL DECESSO DEL MEDESIMO

SURNAME AND GIVEN NAME – COGNOME E NOME	ADDRESS – INDIRIZZO

(*) In case of separation / divorce / dissolution of civil union, please attach a copy of the relevant judge decree granting legal child custody.
 In caso di separazione / divorzio / scioglimento da unione civile, allegare copia della sentenza dalla quale risulti l'affidamento dei figli.

(**) If disabled, submit medical certificate. In Italy employed workers receive family unit benefits for children (or equivalent) under 18 or from 18 to 21, if they are students or apprentices, where the family unit is made up of more than three children or equivalent, aged less than 26. For self-employed workers the age limit is 26 if still studying: in this case please submit certificate of school attendance. If attending a college or University, the certificate must show the date of enrollment at the first year as well as the duration of the study course leading to a degree. In case of apprentices, please attach a copy of the relevant vocational training contract.
 Please note that the definition "equivalent to legitimate or legitimized children" includes: adoptive, foster and natural children, children of spouse who became part of the applicant's household, dependent grandchildren belonging to the applicant's household.

Per gli inabili allegare certificato medico. Gli assegni al nucleo familiare (ANF) per i figli (o equiparati) di lavoratori dipendenti sono concessi in Italia fino all'età di 18 anni o da 18 a 21 anni, purché studenti o apprendisti, se il nucleo familiare è composto da più di tre figli, o equiparati, di età inferiore ai 26 anni. Per i figli (o equiparati) studenti di lavoratori autonomi gli assegni familiari sono concessi anche oltre i 18 anni e sino all'età di 26 anni; in questi casi è necessario allegare certificato di frequenza scolastica. Se trattasi di frequenza ad un "college" o ad una università il certificato deve indicare la data di iscrizione al primo anno nonché la durata del corso legale di laurea. Se si tratta di apprendisti, allegare copia del contratto di apprendistato.

N.B. Gli equiparati ai figli legittimi o legittimati sono: i figli adottivi, gli affiliati, i figli naturali legalmente riconosciuti o giudizialmente dichiarati, i figli nati da precedente matrimonio dell'altro coniuge, i minori affidati a norma di legge ed i nipoti minori viventi a carico di ascendente diretto.

SECTION III / SEZIONE III

5. COMPLETE THIS SECTION IF APPLYING FOR SURVIVOR'S BENEFITS – INFORMATION ABOUT THE DECEASED WORKER
DA COMPILARE NEL CASO DI DOMANDA DI PENSIONE AI SUPERSTITI - DATI RELATIVI AL LAVORATORE DECEDUTO

(a) Surname and Given Names/maiden name
Cognome e nome/Cognome da nubile

(b) Relationship of the applicant to the deceased worker
Relazione di parentela del richiedente col lavoratore deceduto

(c) Date of Birth Data di nascita	DAY GIORNO	MONTH MESE	YEAR ANNO	(d) Place of Birth Luogo di nascita	(City, Town or Village) (Città o paese)	(Province or Territory) (Provincia o territorio)	Country (Stato)
--------------------------------------	---------------	---------------	--------------	--	--	---	--------------------

(e) Marital Status
Stato civile

Single
Celibe/Nubile

Divorced*
Divorziato/a*

Married
Coniugato/a

Surviving civil partner
Vedovo/a da unione civile

Partner in civil union
Unito civilmente

Separated*
Separato/a*

Widow/er
Vedovo/a

Separated from registered partnership
Separato/a civilmente

(f) Date of Death Data del decesso	DAY GIORNO	MONTH MESE	YEAR ANNO	(g) Place of Death Luogo del decesso	(City, Town or Village) (Città o paese)	(Province or Territory) (Provincia o territorio)	Country (Stato)
---------------------------------------	---------------	---------------	--------------	---	--	---	--------------------

(h) WAS THE DECEASED WORKER RECEIVING BENEFITS FROM ITALY, CANADA, OR BOTH COUNTRIES?
IL LAVORATORE DECEDUTO PERCEPIVA PRESTAZIONI A CARICO DELL'ITALIA, DEL CANADA O DI ENTRAMBI I PAESI?

Yes
Si

No
No

IF YES, INDICATE – NEL CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA INDICARE:

TYPE OF BENEFITS TIPO DI PRESTAZIONI	PENSION'S CATEGORY AND NUMBER NUMERO/I DELLA/E PENSIONE/I	INSTITUTION/PAYING ISTITUTO/I DEBITORE/I

6. INFORMATION ABOUT SURVIVING FAMILY MEMBERS – DATI RELATIVI AI FAMILIARI SUPERSTITI

(a) INDICATE WHETHER A DECREE OF ANNULMENT OF MARRIAGE OR DIVORCE OR A DECREE CANCELLING CIVIL BONDS OF MARRIAGE HAS BEEN OBTAINED /INDICARE SE SIA STATA PRONUNCIATA SENTENZA DI SCIOGLIMENTO O DI CESSAZIONE DEGLI EFFETTI CIVILI DEL MATRIMONIO

Yes
Si

No
No

IF YES, INDICATE WHETHER DECREE IS FINAL/ NEL CASO AFFERMATIVO INDICARE SE LA SENTENZA È PASSATA IN GIUDICATO

Yes
Si

No
No

(b) INDICATE WHETHER THE SURVIVING SPOUSE / SURVIVING PARTNER IN CIVIL UNION HAS REMARRIED /
INDICARE SE IL CONIUGE / PARTNER UNITO CIVILMENTE SUPERSTITI SI SIA RISPOSATO

Yes
Si

No
No

IF YES, INDICATE THE DATE OF MARRIAGE / REGISTERED PARTNERSHIP

NEL CASO AFFERMATIVO PRECISARE LA DATA DEL MATRIMONIO / UNIONE CIVILE

Day

Giorno

Month

Mese

Year

Anno

(c) IF THE CLAIM FOR BENEFITS IS MADE BY THE PARENT(S) OR (AN) UNMARRIED BROTHER(S) OR SISTER(S) OF THE DECEASED WORKER, INDICATE WHETHER THE DECEASED WORKER IS ALSO SURVIVED BY:

NEL CASO IN CUI IL RICHIEDENTE/I LA PENSIONE SIA/SIANO UNO O ENTRAMBI I GENITORI O IL/I FRATELLO/I O LA/LE SORELLA/E DEL LAVORATORE DECEDUTO, INDICARE SE IL LAVORATORE STESSO ABBIA LASCIATO SUPERSTITI

Spouse/Partner in civil union
Il coniuge/Partner unito civilmente

Yes
Si

No
No

Children
I figli

Yes
Si

No
No

Parents
I genitori

Yes
Si

No
No

(* In case of separation / divorce / dissolution of civil union, please attach a copy of the relevant judge decree.
In caso di separazione / divorzio / scioglimento da unione civile allegare copia della sentenza.

SECTION IV / SEZIONE IV

7. THE CLAIMANT STATES THAT HE/SHE WORKS
II/LA RICHIEDENTE DICHIARA DI ESERCITARE LAVORO

As employee
Subordinato

As self-employed person
Autonomo

Type of work activity
Tipo di attività

THE CLAIMANT STATES THAT HE/SHE CEASED TO WORK
IL /LA RICHIEDENTE DICHIARA DI AVER CESSATO IL LAVORO

As employee
Subordinato

As self-employed person
Autonomo

On day/month/year
In data

8. DO YOU OR YOUR SPOUSE / PARTNER IN CIVIL UNION RECEIVE INCOME FROM EMPLOYMENT, SELF EMPLOYMENT OR FROM ANY OTHER SOURCES? IL RICHIEDENTE O IL CONIUGE / PARTNER UNITO CIVILMENTE PERCEPISCE REDDITI DERIVANTI DA LAVORO SUBORDINATO, DA LAVORO AUTONOMO O DA ALTRE FONTI?			
IF YES, COMPLETE THE SECTION BELOW WITH THE INCOME AMOUNT IN THE CURRENCY OF THE COUNTRY WHERE IT IS EARNED: IN CASO AFFERMATIVO, INDICARE L'IMPORTO DEI REDDITI E LA VALUTA DEL PAESE NEL QUALE VENGONO PRODOTTI:			
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			
TYPE OF INCOME TIPO DI REDDITO	PAYMENT PERIODS RIFERIMENTO TEMPORALE	CLAIMANT RICHIEDENTE	SPOUSE /PARTNER IN CIVIL UNION CONIUGE / PARTNER UNITO CIVILMENTE
INCOME FROM EMPLOYMENT REDDITI DA LAVORO DIPENDENTE	Current year Anno corrente 20 ____		
	Previous year Anno precedente 20 ____		
	Previous year Anno precedente 20 ____		
INCOME FROM SELF-EMPLOYMENT PROFESSIONAL OR BUSINESS INCOME REDDITI DA LAVORO AUTONOMO, PROFESSIONALE E DI PARTECIPAZIONE	Current year Anno corrente ----- From the month of Dal mese di ----- To the month of Al mese di -----		
	Previous year Anno precedente ----- From the month of Dal mese di ----- To the month of Al mese di -----		
	Previous year Anno precedente ----- From the month of Dal mese di ----- To the month of Al mese di -----		
RENTAL INCOME FROM CLAIMANT / PARTNER IN CIVIL UNION / SPOUSE'S HOME REDDITI DELLA CASA DI ABITAZIONE DEL RICHIEDENTE / PARTNER UNITO CIVILMENTE / CONIUGE	Current year Anno corrente 20 ____		
	Previous year Anno precedente 20 ____		
PROPERTY (except for the claimant's home) AND RENTAL INCOME REDDITI DA IMMOBILI (escluso il reddito della casa di abitazione)	Current year Anno corrente 20 ____		
	Previous year Anno precedente 20 ____		
	Previous year Anno precedente 20 ____		
INCOME FROM CAPITAL GAINS REDDITI DA CAPITALE	Current year Anno corrente 20 ____		
	Previous year Anno precedente 20 ____		
	Previous year Anno precedente 20 ____		
INCOME FROM ARREARS REFERRING TO PREVIOUS YEARS (except for severance pay and the relevant pre payments and arrears) REDDITI DA ARRETRATI RIFERITI AD ANNI PRECE- DENTI (esclusi i trattamenti di fine rapporto e le relative anticipazioni e competenze arretrate)	Current year Anno corrente 20 ____		
	Previous year Anno precedente 20 ____		
	Previous year Anno precedente 20 ____		
INCOME FROM ANNUITIES REDDITI DA VITALIZI	Current year Anno corrente 20 ____		
	Previous year Anno precedente 20 ____		
	Previous year Anno precedente 20 ____		
INCOME FROM WELFARE ALLOWANCES REDDITI DA ASSISTENZIALI	Current year Anno corrente 20 ____		
	Previous year Anno precedente 20 ____		
	Previous year Anno precedente 20 ____		

9. DO YOU OR YOUR SPOUSE / PARTNER IN CIVIL UNION RECEIVE ANY OTHER SOCIAL SECURITY BENEFITS?
IL RICHIEDENTE O IL CONIUGE / PARTNER UNITO CIVILMENTE PERCEPISCE ALTRE PRESTAZIONI?

Yes
Si

No
No

IF YES, PLEASE INDICATE THE TYPE OF BENEFIT * AND THE RELEVANT AMOUNT** IN THE CURRENCY OF THE COUNTRY OF THE PAYING INSTITUTION:
NEL CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA INDICARE IL TIPO DI PRESTAZIONE * E IL RELATIVO IMPORTO** NELLA VALUTA DEL PAESE DELL'ISTITUZIONE DEBITRICE:

	BENEFITS PAID BY SERVICE CANADA *** PRESTAZIONI EROGATE DAL SERVICE CANADA***		BENEFITS PAID BY INPS, INPGI OR INAIL*** PRESTAZIONI EROGATE DALL'INPS, INPGI O INAIL***		BENEFITS PAID BY OTHER COUNTRIES*** PRESTAZIONI EROGATE DA ALTRI PAESI (diversi da Canada e Italia) ***	
	*	**	*	**	*	**
APPLICANT RICHIEDENTE	*	**	*	**	*	**
SPOUSE / PARTNER IN CIVIL UNION CONIUGE / PARTNER UNITO CIVILMENTE	*	**	*	**	*	**

Year of reference:
Anno di riferimento: -----

Starting date of payment:
Data di decorrenza
del pagamento: -----

Frequency of payment:
Frequenza del pagamento:

Weekly
Settimanale

Monthly
Mensile

Other
Altro -----

* Type of benefit:

- (a) - Remuneration in the event of sickness
(b) - Sickness insurance benefits for incapacity for work
(c) - Disability pension
(d) - Old age pension
(e) - Survivor's pension
(f) - Pension for accident at work or occupational disease
(g) - Unemployment benefit
(h) - Other (specify)

* Tipo di prestazione:

- (a) - Pagamento della retribuzione in caso di malattia
(b) - Indennità dell'assicurazione malattia
(c) - Pensione d'inabilità
(d) - Pensione di vecchiaia
(e) - Pensione ai superstiti
(f) - Rendita per infortunio sul lavoro o malattia professionale
(g) - Indennità di disoccupazione
(h) - Altro (specificare)

*** NAME OF THE PAYING SOCIAL SECURITY INSTITUTION
NOME DELL'ISTITUZIONE DI SICUREZZA SOCIALE

Address
Indirizzo

10. IF YOU ARE CLAIMING FAMILY BENEFITS (ANF/AF), PLEASE FILL IN THE PRESENT SECTION:
IN CASO DI RICHIESTA DI PRESTAZIONI FAMILIARI (ANF/AF) COMPILARE LA SEGUENTE SEZIONE:

DO YOUR CHILDREN RECEIVE INCOME FROM EMPLOYMENT, SELF EMPLOYMENT OR FROM ANY OTHER SOURCES?
I FIGLI PERCEPISCONO REDDITI DERIVANTI DA LAVORO SUBORDINATO, DA LAVORO AUTONOMO O DA ALTRE FONTI?

Yes
Si

No
No

IF YES, COMPLETE THE SECTION BELOW WITH THE INCOME AMOUNT IN THE CURRENCY OF THE COUNTRY WHERE IT IS EARNED:
IN CASO AFFERMATIVO, INDICARE L'IMPORTO DEI REDDITI E LA VALUTA DEL PAESE NEL QUALE VENGONO PRODOTTI:

TYPE OF INCOME TIPO DI REDDITO	PAYMENT PERIOD RIFERIMENTO TEMPORALE	CHILD FIGLIO	CHILD FIGLIO	CHILD FIGLIO
INCOME FROM EMPLOYMENT REDDITI DA LAVORO DIPENDENTE	Current year Anno corrente 20 ____			
	Previous year Anno precedente 20 ____			
INCOME FROM SELF-EMPLOYMENT PROFESSIONAL OR BUSINESS INCOME REDDITI DA LAVORO AUTONOMO, PROFESSIONALE E DI PARTECIPAZIONE	Current year Anno corrente 20 ____			
	Current year Anno corrente 20 ____			
RENTAL INCOME FROM HOME REDDITI DELLA CASA DI ABITAZIONE	Current year Anno corrente 20 ____			
	Previous year Anno precedente 20 ____			

PROPERTY (except for the claimant's home) AND RENTAL INCOME REDDITI DA IMMOBILI (escluso il reddito della casa di abitazione)	Current year Anno corrente 20 ____			
	Previous year Anno precedente 20 ____			
INCOME FROM CAPITAL GAINS REDDITI DA CAPITALE	Current year Anno corrente 20 ____			
	Previous year Anno precedente 20 ____			
INCOME FROM ARREARS REFERRING TO PREVIOUS YEARS (except for severance pay and the relevant pre payments and arrears) REDDITI DA ARRETRATI RIFERITI AD ANNI PRECEDENTI (esclusi i trattamenti di fine rapporto e le relative anticipazioni e competenze arretrate)	Current year Anno corrente 20 ____			
	Previous year Anno precedente 20 ____			
INCOME FROM ANNUITIES REDDITI DA VITALIZI	Current year Anno corrente 20 ____			
	Previous year Anno precedente 20 ____			
INCOME FROM WELFARE ALLOWANCES REDDITI ASSISTENZIALI	Current year Anno corrente 20 ____			
	Previous year Anno precedente 20 ____			

**11. DO YOUR CHILDREN RECEIVE ANY OTHER SOCIAL SECURITY BENEFITS?
I FIGLI PERCEPISCONO ALTRE PRESTAZIONI?**

Yes
Si No
No

IF YES, PLEASE INDICATE THE TYPE OF BENEFIT* AND THE RELEVANT AMOUNT** IN THE CURRENCY OF THE COUNTRY OF THE PAYING INSTITUTION:
NEL CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA INDICARE IL TIPO DI PRESTAZIONE * E IL RELATIVO IMPORTO** NELLA VALUTA DEL PAESE DELL'ISTITUZIONE DEBITRICE:

CHILD/FIGLIO	BENEFITS PAID BY SERVICE CANADA *** PRESTAZIONI EROGATE DAL SERVICE CANADA***		BENEFITS PAID BY INPS, INPGI OR INAIL*** PRESTAZIONI EROGATE DALL'INPS, INPGI O INAIL***		BENEFITS PAID BY OTHER COUNTRIES*** PRESTAZIONI EROGATE DA ALTRI PAESI (diversi da Canada e Italia) ***	
	*	**	*	**	*	**
-----	*	**	*	**	*	**
-----	*	**	*	**	*	**
-----	*	**	*	**	*	**
-----	*	**	*	**	*	**
-----	*	**	*	**	*	**
-----	*	**	*	**	*	**

Year of reference:
Anno di riferimento: -----

Starting date of payment:
Data di decorrenza
del pagamento: -----

Frequency of payment:
Frequenza del pagamento: Weekly
Settimanale Monthly
Mensile

Other
Altro -----

* Type of benefit:

- (a) - Remuneration in the event of sickness
(b) - Sickness insurance benefits for incapacity for work
(c) - Disability pension
(d) - Old age pension
(e) - Survivor's pension
(f) - Pension for accident at work or occupational disease
(g) - Unemployment benefit
(h) - Other (specify)

* Tipo di prestazione:

- (a) - Pagamento della retribuzione in caso di malattia
(b) - Indennità dell'assicurazione malattia
(c) - Pensione d'inabilità
(d) - Pensione di vecchiaia
(e) - Pensione ai superstiti
(f) - Rendita per infortunio sul lavoro o malattia professionale
(g) - Indennità di disoccupazione
(h) - Altro (specificare)

*** NAME OF THE PAYING SOCIAL SECURITY INSTITUTION
NOME DELL'ISTITUZIONE DI SICUREZZA SOCIALE

Address
Indirizzo -----

12. DO YOU OR YOUR SPOUSE / PARTNER IN CIVIL UNION / FORMER SPOUSE / COMMON-LAW PARTNER / LEGAL PARENT RECEIVE A CANADIAN CHILD BENEFIT, OTHER THAN ONE UNDER THE CANADA PENSION PLAN, FOR ANY OF THE FAMILY MEMBERS LISTED UNDER SECTION II No. 4? IL RICHIEDENTE O IL CONIUGE / PARTNER UNITO CIVILMENTE / EX CONIUGE / CONVIVENTE DE FACTO / ALTRO GENITORE PERCEPISCE PRESTAZIONI FAMILIARI CANADESI DIVERSE DA QUELLE EROGATE IN BASE AL CPP PER LE PERSONE ELENcate ALLA SEZIONE II N. 4?

Yes
Si

No
No

IF YES, INDICATE – NEL CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA INDICARE

SURNAME AND GIVEN NAME(S) OF FAMILY MEMBER COGNOME E NOME DEL FAMILIARE	NAME OF INSURANCE INSTITUTE OR GOVERNMENT AGENCY DENOMINAZIONE DELL'ISTITUTO EROGATORE	AMOUNT OF MONTHLY BENEFITS IMPORTO MENSILE DELLA PRESTAZIONE

SECTION V / SEZIONE V

13. PERIODS OF EMPLOYMENT OR SELF-EMPLOYMENT COVERED BY THE INSURANCE SYSTEM OF ITALY*
PERIODI DI LAVORO SUBORDINATO O AUTONOMO COPERTI DAL SISTEMA PREVIDENZIALE ITALIANO*

PERIODS OF WORK COVERED BY ITALY PERIODI DI ATTIVITA' LAVORATIVA COPERTI DALL'ASSICURAZIONE ITALIANA						PLACE OF WORK LUOGO DI LAVORO (City Province and Region Comune Provincia e Regione)	TYPE OF WORKING ACTIVITY TIPO DI ATTIVITÀ	SOCIAL SECURITY SCHEME OF AFFILIATION REGIME DI SICUREZZA SOCIALE	SOCIAL SECURITY NUMBER N. DI SICUREZZA SOCIALE
FROM - DAL			TO - AL						
DAY GIORNO	MONTH MESE	YEAR ANNO	DAY GIORNO	MONTH MESE	YEAR ANNO				

Note/Nota

- * In case of claiming a survivor's pension, please state periods of work of the deceased.
Please submit any documentation relating to periods of employment or insurance (personal card, insurance, card, working papers, pay packet, etc.)
In case of periods comparable to periods of work (i.e. military service, illness, etc) submit documentation.
Nel caso di periodi assimilabili a periodi di lavoro (p. es.: servizio militare, malattia, ecc.) allegare documentazione.
In caso di domanda di pensione ai superstiti indicare i periodi di lavoro del lavoratore deceduto.
Allegare eventuale documentazione attestante l'attività lavorativa o documento assicurativo (libretto personale, tessera assicurativa, libretto di lavoro, busta paga, ecc.)

14. PERIODS OF DUAL COVERAGE – PERIODI DI DOPPIA COPERTURA ASSICURATIVA

WERE ANY PERIODS OF EMPLOYMENT OR SELF-EMPLOYMENT SHOWN IN NUMBER 13 ALSO COVERED BY THE SOCIAL SECURITY SYSTEM OF CANADA (i.e. contributions were paid **at the same time to both** Countries for the same work)?

INDICARE SE ALCUNI DEI PERIODI DI LAVORO SUBORDINATO O AUTONOMO PROPRIO ELENcATI AL N. 13 RISULTANO COPERTI ANCHE DAL SISTEMA PREVIDENZIALE DEL CANADA (es.: una stessa attività lavorativa ha dato luogo **contemporaneamente** a contribuzione **in ambedue gli Stati**):

Yes
Si

No
No

IF YES, INDICATE – NEL CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA INDICARE:

PERIODS OF WORK COVERED BY THE SOCIAL SECURITY SYSTEM OF BOTH COUNTRIES * PERIODI DI ATTIVITA' LAVORATIVA COPERTI DAL SISTEMA PREVIDENZIALE DI ENTRAMBI GLI STATI *						NAME AND ADDRESS OF THE EMPLOYER (Street, number, city and province) IF SELF-EMPLOYED PRINT "SELF" NOME E INDIRIZZO DEL DATORE DI LAVORO (Via, numero, città, provincia) NEL CASO DI LAVORO AUTONOMO INDICARE "IN PROPRIO"			
FROM - DAL			TO - AL						
DAY GIORNO	MONTH MESE	YEAR ANNO	DAY GIORNO	MONTH MESE	YEAR ANNO				

Note/Nota

- * In case of similar employment in Italy and Canada in one of the following activities, please attach a statement from the Canadian employer (business managers, employee of electricity, telephone, gas, public transport companies, journalists, entertainers, miners, etc.) For miners, the employer's statement must specify whether the periods of work were done above or under ground.
Allegare dichiarazioni del datore di lavoro in caso di svolgimento sia in Italia che in Canada di una delle seguenti attività (dirigente d'azienda, dipendenti di aziende per l'elettricità, il telefono, il gas, i trasporti pubblici, i giornalisti, i lavoratori dello spettacolo, i minatori, ecc.) Per i minatori la dichiarazione del datore di lavoro deve indicare inoltre i periodi svolti in superficie e nel sottosuolo.

15. CATEGORY OF EMPLOYMENT IN CANADA/ SETTORE DI ATTIVITÀ IN CANADA								
FROM - DAL			TO - AL			CATEGORY OF EMPLOYMENT IN CANADA – SETTORE DI ATTIVITA' IN CANADA		
DAY GIORNO	MONTH MESE	YEAR ANNO	DAY GIORNO	MONTH MESE	YEAR ANNO			

16. RESIDENCE IN CANADA / RESIDENZA IN CANADA									
DATE AND PLACE OF ENTRY IN CANADA DATA E LUOGO DI INGRESSO IN CANADA				ABSENCE FROM CANADA FOR OVER 6 MONTHS ASSENZA DAL CANADA SUPERIORE A 6 MESI				REASON FOR ABSENCE MOTIVO DELL'ASSENZA	
DAY GIORNO	MONTH MESE	YEAR ANNO	PLACE LUOGO	DAY GIORNO	MONTH MESE	YEAR ANNO	DAY GIORNO	MONTH MESE	YEAR ANNO

Note: The date of entry into Canada and departure from Canada must be proved by document (passport, visa, or sea-travel ticket, etc.).

Nota: Documentare la data di ingresso in Canada e di partenza dal Canada (passaporto, visti, biglietto di navigazione marittima o aerea, ecc.)

17. MILITARY SERVICE IN ITALY /SERVIZIO MILITARE IN ITALIA								
Has the claimant any military service in Italy? il richiedente ha prestato il servizio militare?								
				<input type="checkbox"/> Yes Si		<input type="checkbox"/> No No		
If yes, please enclose documentation (Certificate of military service or delegation to INPS) In caso affermativo allegare documentazione (Foglio matricolare o delega all'INPS)								

18. PERIODS OF EMPLOYMENT OR SELF-EMPLOYMENT COVERED BY THE INSURANCE SYSTEM OF COUNTRIES THAT ARE AGREEMENT PARTNERS OF BOTH ITALY AND CANADA PERIODI DI LAVORO SUBORDINATO O AUTONOMO MATURATI IN PAESI LEGATI SIA ALL'ITALIA CHE AL CANADA DA CONVENZIONI BILATERALI DI SICUREZZA SOCIALE									
PERIODS OF EMPLOYMENT COVERED BY THE INSURANCE SYSTEM OF PERIODI DI ATTIVITÀ LAVORATIVA COPERTI DALLA LEGISLAZIONE SOCIALE DI						PLACE OF WORK LUOGO DI LAVORO (City Province and Region Comune Provincia e Regione)	TYPE OF WORKING ACTIVITY TIPO DI ATTIVITÀ	SOCIAL SECURITY SCHEME OF AFFILIATION REGIME DI SICUREZZA SOCIALE	SOCIAL SECURITY NUMBER N. DI SICUREZZA SOCIALE
FROM - DAL			TO - AL						
DAY GIORNO	MONTH MESE	YEAR ANNO	DAY GIORNO	MONTH MESE	YEAR ANNO				

19. REMARKS/OSSERVAZIONI								

SECTION VI - SEZIONE VI

20. STATEMENT FOR PERSONS CLAIMING OLD-AGE BENEFITS				DICHIARAZIONE PER I RICHIEDENTI LA PENSIONE DI VECCHIAIA			
<p>An old age benefit is payable from the 1st day of the month following that in which the insured person has reached pensionable age. However, if the insured person requests it, the benefit can be payable on the 1st day of the month following that in which the claim was submitted. Indicate an X in the appropriate block.</p> <p>The undersigned asks that the benefit be paid from //Il sottoscritto chiede che la pensione di vecchiaia decorra</p> <p><input type="checkbox"/> The first day of the month following that in which pensionable age has been reached Dal primo giorno del mese successivo a quello in cui ha compiuto l'età pensionabile</p> <p><input type="checkbox"/> The first day of the month following that in which the claim in question has been submitted Dal primo giorno del mese successivo a quello di presentazione della relativa domanda</p>				<p>La pensione di vecchiaia decorre dal 1° giorno del mese successivo a quello nel quale l'assicurato ha compiuto l'età pensionabile. Tuttavia, ove l'interessato lo richieda, la decorrenza della pensione viene fissata al 1° giorno del mese successivo a quello di presentazione della domanda. Pertanto, per effettuare la scelta l'interessato dovrà barrare una delle seguenti caselle.</p>			

SECTION VII / SEZIONE VII

20. If you wish assistance from a "Patronato", please complete the following.				Se desiderate assistenza da un Patronato completare la presente sezione.			
MANDATE FOR ASSISTANCE				MANDATO DI ASSISTENZA			
I hereby, for the legal representation of the present application				Il sottoscritto, per il patrocinio della presente domanda,			
<input type="checkbox"/> have		<input type="checkbox"/> have not given mandate to the Patronato		<input type="checkbox"/> ha		<input type="checkbox"/> non ha conferito mandato al Patronato	
<input type="checkbox"/> I enclose a copy of the legal representation				<input type="checkbox"/> si allega una copia del mandato di patrocinio			

22. PAYMENT METHOD MODALITÀ DI PAGAMENTO	
Please deposit my pension into the following bank account?	Si prega di accreditare la pensione sul conto corrente
CURRENT ACCOUNT NUMBER - NUMERO DI CONTO CORRENTE	
IBAN CODE - CODICE IBAN	
BIC/SWIFT CODE - CODICE BIC/SWIFT	
The account is held in the applicant's name alone <input type="checkbox"/>	Il conto è intestato unicamente a nome del richiedente
The account is held in the applicant's name and in the name of _____ kind of relation (spouse, son / daughter, brother etc) _____	
Il conto è cointestato anche a nome di _____ legame di parentela (coniuge, figlio/a, fratello, ecc) _____	
Bank account holder/s' declaration We hereby undertake to inform the INPS/Service Canada of any change concerning co-holders in the joint bank account and/or bearers of power of attorney in this account. We will indicate any such changes on the relevant form to be signed by the persons concerned. We hereby consent that, upon occasion, the bank may forward to the INPS/Service Canada, on request, particulars of said persons (co-holders or bearers of power of attorney) whether during entitlement or after it. We hereby consent that the bank return to the INPS/Service Canada, upon demand, any sum entered mistakenly or unlawfully into the account by the INPS/Service Canada, and that the bank provide the INPS/Service Canada with the particulars of the persons who withdrew such sum from the account.	Dichiarazione di responsabilità dell'/degli intestatario/i del conto: Con la presente, il/i sottoscritto/i, si impegna/no a informare l'INPS/il Service Canada di qualsiasi variazione relativa ai cointestatori di questo conto corrente e/o delegati alla riscossione. Tali variazioni saranno indicate su idoneo modello a firma delle persone interessate. Con la presente si impegna/no a dare il loro consenso alla banca affinché la stessa, con cadenza regolare, invii all'INPS/al Service Canada, su richiesta, i dati personali delle suddette persone (cointestatori o delegati) o durante il godimento del diritto a prestazione o successivamente. Con la presente si impegna/no a dare il loro consenso alla banca affinché la stessa restituisca all'INPS/al Service Canada, su richiesta, qualunque somma di denaro indebitamente accreditata sul conto corrente dall'INPS/dal Service Canada, e affinché la banca fornisca all'INPS/al Service Canada i dati delle persone che hanno riscosso tale somma di denaro dal conto corrente.
Signature of the joint account co-holder(s) Firma degli intestatari del conto	Signature of the pension beneficiary Firma del titolare di pensione
_____	_____
Date Data	_____
_____	_____
23. TAX DEDUCTION	DETRAZIONI FISCALI
I hereby declare <input type="checkbox"/> to be entitled to the tax deduction for incomes from subordinate employment, or from pensions <input type="checkbox"/> to be entitled to the additional tax deduction for pensions paid by INPS	Il sottoscritto dichiara <input type="checkbox"/> di avere diritto alla detrazione per i redditi di lavoro dipendente o di pensione <input type="checkbox"/> di avere diritto alla ulteriore detrazione d'imposta prevista per i redditi di pensione a carico dell'INPS
AUTHORIZATION FOR THE TREATMENT OF PERSONAL DATA	AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
I hereby authorise the treatment of my personal data, including according to the Italian legislative Decree 196/2003 in matters of personal data protection and on Privacy. The data handling are necessary for the processing of this claim, and will be used by the Italian, Canadian and Quebec Institutions	Il/la sottoscritto/a, ai sensi del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante disposizioni in materia di protezione di dati personali, acconsente alla utilizzazione dei propri dati personali, ivi compresi quelli "sensibili", per la trattazione della presente domanda tanto da parte dell'INPS che dell'Organismo canadese o quebecchese
24. STATEMENT	DICHIARAZIONE
I hereby STATE, under civil and penal responsibility, that all the information in this application conforms to the truth, and I pledge to report to the competent social security Institute, within 30 days from the day it occurs, any change in the composition of the family, any new pension payment, or any change in previously granted benefits, and any other circumstance which may change what I am hereby declaring. I am also aware that public administrations are due to check the veracity of the self-declarations included in the present claim and that, in case of false declaration, I can be convicted of a felony and lose entitlement to the awarded benefit/s.	DICHIARO, sotto la mia responsabilità civile e penale, che tutte le informazioni fornite nella presente domanda sono conformi al vero e mi impegno a comunicare all'Istituto di Sicurezza Sociale competente, entro 30 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione della composizione familiare, qualsiasi nuova liquidazione di pensione o variazione di quelle già concesse ed ogni altro evento che modifichi il contenuto di quanto sopra dichiarato. Sono inoltre consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle utocertificazioni incluse nella domanda e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere dai benefici ottenuti.
SIGNATURE OF APPLICANT - FIRMA DEL/DELLA DICHIARANTE	DATE-DATA DAY MONTH YEAR GIORNO MESE ANNO
_____	_____
TELEPHONE NUMBER NUMERI DI TELEFONO	E-MAIL ADDRESS INDIRIZZO E-MAIL
_____	_____
MAILING ADDRESS OF THE APPLICANT - INDIRIZZO POSTALE DEL/DELLA RICHIEDENTE	
(Street, number, apt.) (Via numero, interno)	(P.O. Box, or R.R. No.) (Casella postale)
_____	_____
(Province or Territory) (Provincia o territorio)	(Country) (Stato)
_____	_____

SECTION VIII / SEZIONE VIII

25. FOR SERVICE CANADA OFFICE USE ONLY - RISERVATO ALL'UFFICIO CANADESE RICEVENTE

TO BE COMPLETED BY S.C.
DA COMPILARE DA PARTE DEL S.C.

DATE OF RECEIPT OF CLAIM
LA DOMANDA È PERVENUTA IL

I certify that the claimant's personal details transcribed in this form have been verified by S.C.
Si attesta che i dati personali riportati nel presente formulario sono stati verificati dal S.C.

PLACE AND DATE / LUOGO E DATA

Official stamp and signature International Operations
Timbro e firma Operazioni Internazionali