

Canada / Italy Agreement

Applying for an Italian Survivor's benefit

Here is some important information you need to consider when completing your application.

Please ensure you sign the application. If you are signing with a mark, (for example: "X") the signature of a witness is required.

Your application must be supported by documentation. Please submit the documents requested. Failure to complete the application and provide the requested documentation may result in delays in processing your application.

Where original documents are specifically requested, originals must be submitted with your application. You should keep a certified true copy of any originals you send us for your records. Some countries require original documentation which will not be returned to you.

You may submit the original or a photocopy that is certified as true for any of the documents where originals are not required. It is better to send certified copies of documents rather than originals. If you choose to send original documents, send them by registered mail. We will return the original documents to you. We can only accept a photocopy of an original document if it is legible and if it is a certified true copy of the original. Our staff at any Service Canada centre will photocopy your documents and certify them free of charge. If you cannot visit a Service Canada Centre, you can ask one of the following people to certify your photocopy:

Accountant; Chief of First Nations Band; Commissioner for Oaths; Employee of a Service Canada Centre acting in an official capacity; Funeral Director; Justice of the Peace; Lawyer, Magistrate, Notary; Manager of Financial Institution; Medical and Health Practitioners: Chiropractor, Dentist, Doctor, Naturopathic Doctor, Nurse Practitioner, Ophthalmologist, Optometrist, Pharmacist, Psychologist, Registered Nurse; Member of Parliament or their staff; Member of Provincial Legislature or their staff; Minister of Religion; Municipal Clerk; Official of a federal government department or provincial government department, or one of its agencies; Official of an Embassy, Consulate or High Commission; Officials of a country with which Canada has a reciprocal Social Security Agreement; Police Officer; Professional Engineer; Social Worker; Teacher, University Professor.

People who certify photocopies must compare the original document to the photocopy, state their official position or title, sign and print their name, give their telephone number and indicate the date they certified the document.

They must also write the following statement on the photocopy: **This photocopy is a true copy of the original document which has not been altered in any way.**

If a document has information on both sides, both sides must be copied and certified. You cannot certify photocopies of your own documents, and you cannot ask a relative to do it for you.

Return your completed application, forms and supporting documents to:

International Operations
Service Canada
P.O. Box 2710 Station Main
Edmonton, AB T5J 2G4
CANADA

Disclaimer:

This application form has been developed by external sources in cooperation with Employment and Social Development Canada. The content and language contained in the form respond to the legislative needs of those external sources.

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

(f) Marital status Stato civile	☐ Single Celibe/Nubile	☐ Married Coniugato/a	☐ Partner in civil union Unito civilmente	☐ Common-law partner Convivente de facto	☐ Widow/er Vedovo/a
	☐ Surviving civil partner Vedovo/a da unione civile	☐ Divorced Divorziato/a	☐ Separated Separato/a	☐ Separated from registered partnership Separato/a civilmente	

(g) Date of Marriage/ registered partnership DAY MONTH YEAR GIORNO MESE ANNO Data del matrimonio/ unione civile	(h) Place of Marriage/ registered partnership (City, Town or Village) (Province or Territory) Country (Città o paese) (Provincia o territorio) Stato Luogo del matrimonio/ unione civile
--	---

(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 <i>DE FACTO</i> 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	☐ Male Maschio ☐ 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		☐ Married Coniugato/a		☐ Partner in civil union Unito civilmente		☐ Widow/er Vedovo/a	
		☐ Divorced* Divorziato/a*		☐ Surviving civil partner Vedovo/a da unione civile		☐ Separated* Separato/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 SUPERSTITE 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 IL/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:

☐ Yes
Si

☐ No
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 20 ____		
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		FROM - DAL		TO - AL	
								DAY GIORNO		MONTH MESE	
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?											
☐ Yes Si ☐ 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	
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											
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. The undersigned asks that the benefit be paid from //Il sottoscritto chiede che la pensione di vecchiaia decorra						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.					
☐ 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						☐ 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					
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,					
☐ have ☐ have not given mandate to the Patronato						☐ ha ☐ non ha conferito mandato al Patronato					
☐ I enclose a copy of the legal representation						☐ 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



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

☐ to be entitled to the tax deduction for incomes from subordinate employment, or from pensions☐ to be entitled to the additional tax deduction for pensions paid by INPS

Il sottoscritto dichiara

☐ di avere diritto alla detrazione per i redditi di lavoro dipendente o di pensione☐ 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
GIORNOMONTH
MESEYEAR
ANNOTELEPHONE NUMBER
NUMERI DI TELEFONOE-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)

(City, Town or Village) (Città o paese)

(Province or Territory) (Provincia o territorio)

(Postal Code) (Codice postale)

(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

Canada / Italy Agreement

Documents and/or information required to support your application [CAN/IT 1] for an Italian Survivor's Benefit

Complete the attached forms:

- **Canadian Residence [SC ISP5015]** indicating information concerning the deceased
- **Declaration in Lieu of Certification (*Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione*)** (only if you are an Italian or European Union citizen)
- **Declaration of Attendance at School or University [ISP-1401C]** (only if you are claiming family benefits for children over age 18)
- **Application Form to Claim the Exemption from the Italian Pay as You Earn as Applied to Pensions and/or Other Similar Remunerations [CI531]** (refer to Question 23 of the Application for Italian Benefits form [CAN/IT 1])

Original or certified documents to be submitted:

- Birth certificate (for you, the deceased and the deceased's dependants) (unless you are an Italian or European Union citizen in which case a **Declaration in Lieu of Certification (*Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione*)** must be completed and provided with a photocopy of your valid passport; the declaration must state that a final decree of legal separation or dissolution of marriage to the surviving spouse have not been issued, and that the surviving spouse has not remarried)
- Marriage certificate, if applicable
- Decree of judgment of divorce, if applicable
- Death certificate
- Proof of the deceased's date(s) of entry into and departure(s) from Canada (such as: Immigration 1000, passport, visa, ship or airline tickets, etc.)
- Documents relating to the deceased's periods of employment or insurance (personal booklet, insurance card, workbook, pay stub)
- Military Records for the deceased
 - o *Foglio Matricolare* (if illegible, send original)
 - o *Stato di Servizio*
 - o *Foglio di Congedo Assoluto/Congedo Illimitato*

Note: If military records are not available, you **must** complete an *Authorization to Release Military Records*.

Canada / Italy Agreement

Documents and/or information required to support your application [CAN/IT 1] for an Italian Survivor's Benefit

- Work Booklets for the deceased
 - o *Libretto Personale*
 - o *Libretto di Lavoro*

Note: If the deceased was in receipt of an Italian benefit, Military Records and Work Booklets are not required.

Original documents to be submitted:

- Statement from the deceased's Employer indicating periods of employment, type of work activity and annual income (refer to Question 14 of the Application for Italian Benefits form [CAN/IT 1])
- *Mandato di Assistenza* (only if you are applying through the Patronato) (refer to Question 21 of the Application for Italian Benefits form [CAN/IT 1])
- *Tessera di Marche* for the deceased (booklet with stamps)
- Medical certificates for disabled children (only if you are claiming family benefits) (refer to Question 4 of the Application for Italian Benefits form [CAN/IT 1])
- Medical certificate for disabled brothers or sisters (only if they file a claim for benefits themselves)

IMPORTANT: If you have already submitted any of the documents required when you applied for a Canada Pension Plan or Old Age Security benefit, you do not need to resubmit them.



CANADIAN RESIDENCE - INFORMATION REGARDING A DECEASED PERSON

Canadian Social Insurance Number: _____

☐ Mr. ☐ Mrs.

☐ Ms. ☐ Miss

Given Name and Initial

Family Name

The following information is required to support your application for benefits under a social security agreement. If required, please provide additional information on a separate sheet of paper.

1. If the deceased was born outside of Canada, please provide us with the following information:

Date of arrival in Canada (YYYY-MM-DD): _____

Place of arrival in Canada: _____

2. List all the places where the deceased lived in Canada after the age of 18 and provide proof of all his/her dates of entry and departure (Permanent Resident card, Record of Landing (IMM 1000), complete passport, airline tickets, etc.):

From YYYY-MM-DD	To YYYY-MM-DD	City	Province/Territory

3. List all absences from Canada, which were longer than six months, during his/her Canadian residence listed in number 2 above:

Departure YYYY-MM-DD	Return YYYY-MM-DD	Destination	Reason

Canadian Social Insurance Number: _____

PROTECTED B (when completed)

4. Please give us the names, addresses and telephone numbers of at least two people, not related to you or the deceased by blood or marriage, who can confirm his/her Canadian residence:

Name	Address	City	Telephone Number

DECLARATION OF APPLICANT

I declare that this information is true and complete.

NOTE: If you make a false or misleading statement, you may be subject to an administrative monetary penalty and interest, if any, under the *Canada Pension Plan* or the *Old Age Security Act*, or may be charged with an offence. Any benefits you received or obtained to which there was no entitlement would have to be repaid.

Signature

Date (YYYY-MM-DD)

X _____

Telephone number



DECLARATION OF ATTENDANCE AT SCHOOL OR UNIVERSITY

SECTION A - TO BE COMPLETED BY STUDENT AFTER THE START OF FIRST DAY OF CLASS

1. Contributor's Social Insurance Number	Contributor's Given Name and Initial		Family Name	
2. Your Social Insurance Number	Preferred Language ☐ English ☐ French	Your Given Name and Initial		Family Name
3. Your Home Address	Home Address (No., Street, Apt. No., R.R.)		City, Town or Village	
	Province or Territory	Country	Postal Code	
4. Mailing Address (If different from home address)	Mailing Address (No., Street, Apt. No., P.O. Box, R.R.)		City, Town or Village	
	Province or Territory	Country	Postal Code	
5A. Student ID Number	5B. Name of School, University, College, Training Centre, etc.			
6A. Type of Enrollment (if "Evening" or "Other", please provide an explanation in Number 8) ☐ Full Time ☐ Evening ☐ Other	6B. Number of courses per Term	6C. Enrolled In (Specify Course, Grade or Program)		
7A. Number of hours you are required to attend for course, grade or program. Hours per week	7B. When did your current attendance begin? YYYY MM DD	7C. When will your current attendance end? YYYY MM DD		
8. Give duration and reasons for any absence(s) during your current and past academic year plus any additional explanation with reference to question 6A if "Evening" or "Other" was selected.				
9. Have you applied for or are you receiving a Canada Pension Plan Benefit as a result of the disability or death of a contributor not identified in question 1? ☐ Yes ☐ No Social Insurance Number of that Contributor				

10. Direct deposit (for Canada only) *For direct deposit to a financial institution outside Canada, please contact us.*
If your application is approved, your monthly payments will be deposited into your account at your financial institution. Complete the boxes below (you may need to contact your financial institution to get this information).

Branch Number
(5 digits)

Institution Number
(3 digits)

Account Number
(maximum of 12 digits)

Name(s) on the account

Telephone number of your financial institution

SECTION B - DECLARATION AND SIGNATURE

I hereby declare that, to the best of my knowledge and belief, the information given above is true and complete. I understand to notify Service Canada should I **interrupt** or **terminate** my attendance at school or university. I hereby authorize the above school or university to provide the Canada Pension Plan Administration with information regarding my enrollment and attendance.

The information you provide is collected under the authority of the *Canada Pension Plan* legislation to determine your eligibility for benefits. The Social Insurance Number (SIN) is collected under the authority of section 52 of the *Canada Pension Plan Regulations* and in accordance with Treasury Board Secretariat Directive on the SIN as an authorized user of the SIN. The SIN will be used to ensure an individual's exact identification so that contributory earnings can be correctly posted allowing for benefits and entitlements to be accurately calculated.

Submitting this application is voluntary. However, if you refuse to provide your personal information, the Department of Employment and Social Development Canada (ESDC) will be unable to process your application.

The information you provide may be used and/or disclosed for policy analysis, research, and/or evaluation purposes. In order to conduct these activities, various sources of information under the custody and control of ESDC may be linked. However, these additional uses and/or disclosures of your personal information will never result in an administrative decision being made about you (such as a decision on your entitlement to a benefit).

The information you provide may be shared within ESDC, with any federal institution, provincial authority or public body created under provincial law with which the Minister of ESDC may have entered into an agreement, and/or with non-governmental third parties for the purpose of administering the *Canada Pension Plan*, other acts of Parliament and federal or provincial law as well as for policy analysis, research and/or evaluation purposes. The information may be shared with the government of other countries in accordance with agreements for the reciprocal administration or operation of that law and of the *Canada Pension Plan*.

Your personal information is administered in accordance with the *Canada Pension Plan* and the *Privacy Act*. You have the right of access to, and to the protection of, your personal information. It will be kept in Personal Information Bank ESDC PPU 146. Instructions for obtaining this information are outlined in the government publication entitled Info Source, which is available at the following Web site address: www.infosource.gc.ca. Info Source may also be accessed online at any Service Canada Centre.

NOTE: If you make a false or misleading statement, you may be subject to an administrative monetary penalty and interest, if any, under the *Canada Pension Plan*, or may be charged with an offence. Any benefits you received or obtained to which there was no entitlement would have to be repaid.

Signature of Student

Date of Application
YYYY MM DD

Telephone Number
(including area code)

X

SECTION C - TO BE COMPLETED BY SCHOOL OR UNIVERSITY AFTER THE START OF FIRST DAY OF CLASS

To the best of our knowledge and belief, the answers to the questions in Section A above, are correct unless otherwise stated below:

Additional comments:

Does the above noted course load meet or exceed the minimum requirement to be considered a full-time student at your school or university?

☐

Yes

☐

No

Name and Address of School or University	Name of Authorized Person	
	Signature	
	Title	
	Date	Telephone Number

FOR OFFICE USE ONLY

Approved pursuant to Section 59 of the Canada Pension Plan for continuing payment until advised otherwise.

Authorized signature

Date

DOMANDA DI ESENZIONE DALL'IMPOSIZIONE ITALIANA SULLE PENSIONI E/O SULLE ALTRE REMUNERAZIONI ANALOGHE APPLICATION FORM TO CLAIM THE EXEMPTION FROM THE ITALIAN PAY AS YOU EARN AS APPLIED TO PENSIONS AND / OR OTHER SIMILAR REMUNERATIONS	MODULO DA COMPILARE SECONDO LE NOTE ILLUSTRATIVE PER: FORM TO BE FILLED IN ACCORDING TO THE GIVEN INSTRUCTIONS FOR: - L'ENTE O L'ISTITUTO EROGANTE ITALIANO - THE ITALIAN PAYING BODY OR INSTITUTION - L'AMMINISTRAZIONE FISCALE DELLO STATO DI RESIDENZA - THE FISCAL ADMINISTRATION OF THE COUNTRY OF RESIDENCE - IL CONTRIBUENTE - THE TAXPAYER
--	---

Art. della Convenzione tra l'Italia e Art. of the Convention between Italy and	per evitare le doppie imposizioni in order to avoid double taxation
in materia di imposte dirette firmata a as regards direct taxation signed in	il on

BENEFICIARIO - BENEFICIARY

Cognome Famiily Name	Nome Given Name	Sesso (M o F) Sex (M or F)
Codice Fiscale in Italia (1) Fiscal code in Italy		
Data e luogo di nascita Date and place of birth	/	
Domicilio Address	(indirizzo completo - full address)	
Rappresentante legale (2) Legal representative		

ENTE OD ISTITUTO CHE EROGA LA PENSIONE E/O L'ANALOGA REMUNERAZIONE - BODY OR INSTITUTION PAYING THE PENSION AND / OR SIMILAR REMUNERATION

Denominazione Name	ISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALE
Codice fiscale (3) Fiscal code	80078750587
Sede INPS INPS office	(indirizzo completo - full address)

ESTREMI DI IDENTIFICAZIONE DELLA PENSIONE - NUMBER AND TYPE OF PENSION (4)

ESTREMI DI IDENTIFICAZIONE E NATURA DELL'ANALOGA REMUNERAZIONE - RELEVANT DETAILS TO IDENTIFY ANY OTHER SIMILAR REMUNERATION (4)

(1) Indicare se attribuito. Se non ancora attribuito vedere punto n. 2 delle NOTE ILLUSTRATIVE e compilare la delega in calce al presente foglio.
Indicate the fiscal code if assigned. If not yet assigned, look at point n. 2 in the EXPLANATORY NOTES and fill in the form to give power of attorney, here at foot of this page.

(2) Indicare, qualora esistente, le generalità e l'indirizzo completo del rappresentante legale.
Indicate, if there is a legal representative, his/her personal information and address.

(3) Indicare se conosciuto.
Indicate if known.

(4) Se il beneficiario è titolare di più pensioni e/o remunerazioni analoghe erogate dal medesimo Ente o Istituto previdenziale, indicare gli estremi di ciascuna di esse.
If the beneficiary receives more than one pension and/or similar remuneration paid by the same Body or Social Security Institution, indicate the relevant details of each of them.

Il sottoscritto nato a	(cognome) il	(nome) il
DELEGA		
Il summenzionato ISTITUTO od ENTE che eroga la pensione e/o l'analogha remunerazione a chiedere , a suo nome e per suo conto, all'ufficio competente dell'Amministrazione delle Finanze, l'attribuzione del proprio codice fiscale.		
li	firma _____	

DICHIARAZIONE DEL BENEFICIARIO (O DEL SUO RAPPRESENTANTE)
THE DECLARATION OF BENEFICIARY (OR HIS / HER REPRESENTATIVE)

Il sottoscritto / The undersigned (cognome - family name) / (nome - given name)
in qualità di ☆ Beneficiario / Rappresentante legale / del Sig.
as Beneficiary Legal representative of Mr.

DICHIARA - D E C L A R E S

- di essere residente - to reside ☆ in ai sensi dell'Art. della Convenzione
che questi è residente - that this person is residing in according to Art. of the Convention
citata nella domanda di esenzione di cui la presente dichiarazione costituisce parte integrante;
mentioned in the exemption application form of which this declaration is an integrant part;
- di avere acquisito la residenza - to have been residing ☆ in tale Stato dal
che questi ha acquisito la residenza - that this person has been residing in this State since (giorno - day) (mese - month) (anno - year)
- di essere - to be ☆ assoggettabile secondo la legislazione fiscale vigente in
che questi è - that this person is subduable, under the fiscal law in force in (indicare lo Stato di residenza - indicate the State of residence)
- alle imposte ivi generalmente applicabili a causa della sua residenza in detto Stato;
to the taxes being generally applicable, due to his/her residence in the abovementioned State;
- che i dati contenuti nella presente domanda sono esatti;
that the information provided in this application is true and complete;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Ente o Istituto che eroga la pensione e/o le altre remunerazioni analoghe il trasferimento in altro
to undertake to promptly notify the Body or the Institution paying the pension and / or other similar remunerations, about any change of residence
Stato della residenza come sopraindicata.
to any other State.

☆ Barrare l'ipotesi che non ricorre - Cross out what doesn't apply Firma del Beneficiario o del Rappresentante legale
Signature of the Beneficiary or of his/her legal Representative

ATTESTAZIONE DELL'AUTORITA' FISCALE

Si attesta che il suindicato beneficiario è residente in
ai sensi dell'art. della vigente Convenzione tra l'Italia e
e che le
dichiarazioni rilasciate dal Beneficiario / suo Rappresentante sono esatte per quanto risulta
all'Amministrazione fiscale
la quale terrà conto degli elementi indicati nella presente domanda ai fini dell'imposi-
zione.
Luogo e data Timbro dell'Ufficio e firma

FISCAL AUTHORITY'S STATEMENT

We certify that the above-mentioned beneficiary resides in
according to art. of the Convention in force between Italy and
and that,
to the best of the fiscal Administration knowledge and belief, who will take into
consideration the information indicated in this application form for the purposes
of taxation, the information provided by the Beneficiary / his/her legal Representative is true and
complete.
Place and date Official stamp and signature

NOTE ILLUSTRATIVE

- 1 - Il presente modulo costituisce istanza per chiedere la non effettuazione della ritenuta alla fonte dell'imposta italiana da operare sulle pensioni e/od altre remunerazioni analoghe percepite da residenti in Stati con i quali l'Italia ha stipulato Convenzioni per evitare le doppie imposizioni in materia di imposte dirette le quali prevedono la tassazione esclusiva nel Paese di residenza del beneficiario.

Il modulo deve essere compilato in 2 copie (oltre 1 ad uso del beneficiario dei redditi), secondo le indicazioni in esso contenute, e ciascuna copia deve essere debitamente datata e sottoscritta.

Il modulo deve essere compilato in relazione a redditi erogati da ogni singolo Ente che abbia sede in Italia; nel caso di più redditi, corrisposti da Enti italiani diversi, dovranno essere compilati separati moduli, ciascuno con riguardo ad ogni Ente.

Il modulo deve essere presentato alla competente Autorità fiscale dello Stato di residenza, la quale, dopo aver effettuato gli opportuni controlli, provvede ad apporre la richiesta **attestazione**, restituendo all'interessato una copia e trattenendo agli atti l'altra copia.

Il beneficiario (od il suo rappresentante legale) provvede a far pervenire **il modulo restituito** (contenente l'attestazione di residenza fiscale) alla **Sede INPS od Ente italiano che eroga la pensione** e/o la remunerazione.

Per motivi operativi il modulo deve pervenire alla **Sede INPS o Ente erogante non oltre il 30 settembre** dell'anno relativamente al quale si richiede la non effettuazione della ritenuta. Le istanze pervenute oltre tale data produrranno il loro effetto a decorrere dall'anno successivo.

- 2 - Il beneficiario, cui non è stato ancora attribuito il codice fiscale in Italia può delegare l'Ente erogante a richiederlo, in suo nome e per suo conto, all'Amministrazione finanziaria compilando l'apposito riquadro in calce al modulo.
- 3 - **Si richiama l'attenzione sulla necessita' che qualsiasi variazione riguardante i dati riportati nel presente modulo, in particolare per quanto attiene lo Stato di residenza del beneficiario, deve essere tempestivamente comunicata alla Sede INPS o all'Ente erogante.**
- 4 - Si ricorda che per il rimborso dell'imposta italiana riferita ad anni precedenti (entro il termine di decadenza di 48 mesi dalla data di prelievo dell'imposta) deve essere redatta apposita domanda (contenente l'attestazione di residenza fiscale) da indirizzare a:

Centro Operativo dell'Agenzia delle Entrate di Pescara
Via Rio Sparto 21
65100 Pescara

Explanatory Notes

1. This is the application form to claim the exemption from the Italian pay as you earn as applied to pensions and/or other similar remunerations earned from people residing in those Countries Italy has signed agreements with in order to avoid double direct taxation: such agreements provide for taxes to be paid only in the beneficiary's Country of residence.

The form has to be filled in following the given instructions, in duplicate (plus one copy to be kept by the applicant), and each copy has to be duly dated and signed.

The application form has to be filled in with all details related to any income/remuneration paid by every single Italian Institution. In case of more than one income paid by different Italian Institutions, separate application forms shall be filled in, each of them with respect to the specific Institution.

The application form has to be sent in to the Competent Fiscal Authority of the Country of Residence, which, after the relevant controls, **certifies for acceptance** the form, files it in and returns a copy to the applicant.

The beneficiary (or his/her legal representative) shall forward **the copy he/she was returned** (including the relevant certificate of fiscal residence) to the competent **INPS's Agency or Italian Institution that pays the pension** and/or the remuneration.

For processing reasons, the form has to reach the competent **INPS's Agency or the paying Institution, no later than September 30th** for the year the exemption being claimed is related to. Any forms received after the said deadline will produce the relevant effects starting from the following year.

2. The beneficiary who has not yet been attributed any fiscal code in Italy can mandate the paying Institution to ask for it, in his/her name and on his/her behalf, to the Financial Administration Office by filling in the space provided at foot of the application form.

3. Please note that any change that might occur with respect to data and/or information reported in this form, particularly with regards to the beneficiary's Country of residence, has to be promptly notified to the paying INPS's Agency or Institution.

4. Please be reminded that any claim for reimbursement of the Italian income tax paid for the previous years shall be put in (within the expiry date of 48 months following the date of the relevant tax deduction) by filling in the appropriate form (therewith enclosing the certification of fiscal residence) and sent to:

Centro Operativo dell'Agenzia delle Entrate di Pescara
Via Rio Sparto, 21
65100 Pescara

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
DECLARATION IN LIEU OF CERTIFICATION

Il sottoscritto _____ cittadino _____
I the undersigned _____, a(n) _____ citizen

nato a _____ il _____
born in _____ on _____

residente in _____
residing at _____

consapevole delle sanzioni, anche penali, in cui può incorrere in caso di false
dichiarazioni, così come stabilito dall'art. 26 della legge 15/1968 (della Italia),

*aware of the penalties, including criminal penalties, to be incurred in case of false
statements, as established under Article 26 of Law 15/1968 (of Italy),*

DICHIARA quanto segue:
make the following DECLARATION:

Luogo e data
Place and date

Firma il Dichiarante
Signature of Declarant

La presente dichiarazione sostitutiva di certificazione, resa ai sensi dell'art. 2 della legge
15/1968 e successive modifiche, non è soggetta ad autenticazione della firma.

*The signature of this declaration in lieu of certification, made in accordance with Article
2 of Law 15/1968 and subsequent amendments, does not need to be authenticated.*