

Canada / Cyprus Agreement

Applying for Cypriot Benefits

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; 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, Pharmacist, Psychologist, Nurse Practitioner, 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; Postmaster; Professional Engineer; Social Worker; Teacher.

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.

Αυτό το έντυπο υπάρχει και στα Ελληνικά-Γαλλικά
This form is also available in Greek-French

**Αίτηση για Κυπριακή Παροχή με βάση τη Συμφωνία Κοινωνικής Ασφάλειας
μεταξύ Κύπρου και Καναδά**
**Claim for Cyprus Benefit(s) under the Agreement on Social Security
between Cyprus and Canada**

ΜΕΡΟΣ Ι - 1. Αίτηση για Σύνταξη Γήρατος*/ Χηρείας*/ Ανικανότητας*/ Ορφανίας*/Κηδείας*
PART I Claim for Old Age*/ Widow's*/ Invalidity*/ Orphans Benefits*/Funeral Grant*

**2. Αν η αίτηση είναι για σύνταξη Χηρείας ή Ορφανίας, δηλώστε τη συγγένεια/
σχέση αιτητή προς ασφαλισμένο: χήρα(ος)/ κηδεμόνας ορφανού**
**If the claim is made for Widow's pension or Orphans Benefit, indicate the
relationship with the insured: widow(er)/ guardian of orphan**

ΓΙΑ ΧΡΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ
ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
FOR USE BY THE
SOCIAL INSURANCE
DEPARTMENT ONLY

ΜΕΡΟΣ ΙΙ - Στοιχεία Αιτητή
PART II - Particulars of Claimant

- Επώνυμο Όνομα
Surname Name
- Διεύθυνση
Address
- Τόπος Γεννήσεως
Place of Birth
- Πιστοποιητικό Γεννήσεως
Birth Certificate
- Ημερομηνία Γεννήσεως
Date of Birth
- Αριθμός Κυπριακής Ταυτότητας
Cyprus Identity Card Number
- Αριθμός Κοινωνικών Ασφαλίσεων Κύπρου
Cyprus Social Insurance Number
- Αριθμός Κοινωνικών Ασφαλίσεων Καναδά
Canadian Social Insurance Number
- Συγγένεια προς ασφαλισμένο
Relationship to the Insured

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ
DATE OF RECEIPT

ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΕΤΑΙ
ATTACHED ☐

ΕΛΕΧΘΗΚΕ ΑΠΟ:
VERIFIED BY:

**ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ - Στοιχεία Ασφαλισμένου (όταν η αίτηση υποβάλλεται για σύνταξη χηρείας/
ορφανίας ή βοήθηματος κηδείας).**
**PART III - Particulars of Insured (in case of a claim for widow's pension, orphans
benefit, or funeral grant).**

- Επώνυμο Όνομα
Surname Name
- Τόπος Γεννήσεως
Place of Birth
- Πιστοποιητικό Γεννήσεως
Birth Certificate
- Ημερομηνία Γεννήσεως
Date of Birth

ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΕΤΑΙ
ATTACHED ☐

ΕΛΕΧΘΗΚΕ ΑΠΟ:
VERIFIED BY:

* Διαγράψτε ανάλογα με το είδος της παροχής που ζητάτε
Delete what is not applicable

5. Ημερομηνία θανάτου
Date of Death
6. Πιστοποιητικό θανάτου
Death Certificate
7. Αριθμός Κυπριακής Ταυτότητας
Cyprus Identity Card Number
8. Αριθμός Κοινωνικών Ασφαλίσεων Κύπρου
Cyprus Social Insurance Number
9. Αριθμός Κοινωνικών Ασφαλίσεων Καναδά
Canadian Social Insurance Number

ΕΛΕΧΘΗΚΕ ΑΠΟ:
VERIFIER BY:

ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΕΤΑΙ
ATTACHED ☐

ΜΕΡΟΣ IV - Στοιχεία Εξαρτωμένων
PART IV - Particulars of Dependents:

Επώνυμο Surname	Όνομα Name	Ημερομ. γεννήσεως Date of Birth	Συγγένεια/Σχέση προς Αιτητή Relationship to Claimant	ΒΕΒΑΙΩΘΗΚΕ Η ΟΠΩΣ ΔΗΛΩΘΗΚΕ ΑΠΟ (υπογραφή λειτουργού) VERIFIED BY OR AS STATED (signature of officer)

ΜΕΡΟΣ V - Δηλώστε Περιόδους Διαμονής και/ ή Περιόδους Απασχόλησης σε Χώρες εκτός της Κύπρου και του Καναδά
PART V - Indicate Periods of Residence and/ or Periods of Employment in Countries other than Cyprus and Canada

Όνομα της Χώρας Name of Country	Αριθμός Κοινων. Ασφαλίσεων της Χώρας Social Insurance No. in the Country	Διαμονή Residence		Απασχόληση Employment		Έχετε απαιτήσει οποιαδήποτε παροχή Have you claimed any benefit	
		Από-From	Μέχρι-Το	Από-From	Μέχρι-Το		
		Μήνας Έτος Month Year	Μήνας Έτος Month Year	Μήνας Έτος Month Year	Μήνας Έτος Month Year	Ναι-Yes	Όχι-No
						☐	☐
						☐	☐
						☐	☐

ΜΕΡΟΣ VI - ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΝ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΓΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ
PART VI - TO BE COMPLETED IN CASE OF INVALIDITY PENSION

1. Μόρφωση (αριθμός ετών φοίτησης)
Years of schooling
2. Τελευταίο επάγγελμα
Last occupation
3. Προηγούμενα επαγγέλματα
Previous occupations
4. Από πότε έχετε σταματήσει να εργάζεστε και για ποιο λόγο;
When did you stop working and for what reason?
5. Ονοματεπώνυμο τελευταίου εργοδότη
Name of last employer
6. Διεύθυνση τελευταίου εργοδότη
Last employer's address

Αρ. Τηλ.
Tel. No.

7. Ημερομηνία μέχρι την οποία εργαστήκατε με τον πιο πάνω εργοδότη _____
Last day of employment with the above employer
8. Αν είστε αυτοτελώς εργαζόμενος αναφέρετε: _____
If you are self-employed indicate:
- (α) Είδος επιχείρησης ή επαγγέλματος _____
(a) Nature of business or occupation
- (β) Διεύθυνση τόπου εργασίας _____
(b) Business address
9. Ποια είναι η ασθένεια ή αναπηρία σας _____
Nature of Disease or disability
10. Από πότε η ασθένεια ή αναπηρία σας επηρέασε την ικανότητά σας για εργασία, με ποιο τρόπο και σε ποιο βαθμό;
Since when has the disease or disability affected your ability to work, in what way and dergee?

11. Είστε ικανός για οποιοδήποτε άλλο είδος εργασίας εκτός του συνηθισμένου επαγγέλματός σας;
Are you capable of working in an occupation other than your regular occupation?

12. Αν είστε ανίκανος για κάθε είδος εργασίας, αναφέρετε από πότε:
If you are incapable of any kind of employment, state since when:

13. Γράψτε πιο κάτω τα ονόματα και τις διευθύνσεις των γιατρών που σας παρακολούθησαν:
Write below the names and addresses of the physicians who have treated you:

Όνοματεπώνυμο Name	Διεύθυνση Address

ΜΕΡΟΣ VII - Να υπογραφεί από τον αιτητή. Αν ο αιτητής υπογράψει με το σημείο (X), να υπογραφεί και από μάρτυρα.

Σημείωση: Αν υποβάλλετε αίτηση εκ μέρους του αιτητή, δηλώστε σε συνημμένο φύλλο το ονοματεπώνυμο και διεύθυνση σας και το λόγο που υποβάλλετε την αίτηση αυτή.

PART VII - To be signed by the applicant and, if applicant signs with mark (X), by a witness.

Note: If you are applying on behalf of the applicant, indicate on an attached sheet of paper your full name and address, and the reason you are making this application.

Δήλωση Αιτητή
Declaration of Applicant

Δηλώνω ότι, από ό,τι καλύτερα γνωρίζω, οι πληροφορίες που έχουν δοθεί στην αίτηση αυτή είναι ορθές και πλήρεις. Εξουσιοδοτώ το Τμήμα Εθνικής Υγείας και Ευημερίας του Καναδά να παράσχει στο Τμήμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων Κύπρου όλες τις πληροφορίες και έγγραφα που βρίσκονται στην κατοχή του και τα οποία σχετίζονται ή θα μπορούσαν να έχουν σχέση με αυτή την αίτηση για παροχές.

I declare that, to the best of my knowledge, the information given in this application is true and complete. I authorize the Department of National Health and Welfare of Canada to furnish the Department of Social Insurance Services of Cyprus all the information and evidence in its possession which relate or could relate to this application for benefit.

Υπογραφή Αιτητή
Signature of Applicant

Ημερομηνία
υποβολής αίτησής
Date of application

Μέρα Day	Μήνας Month	Έτος Year

Αριθμός τηλεφώνου
(περιλαμβανομένου
του κωδικού της
περιοχής, πόλης ή
επαρχίας)
Telephone number
(including area, city
or regional code)

Σημείωση: Υπογραφή με το σημείο (X) είναι αποδεκτή αν βεβαιωθεί από υπεύθυνο πρόσωπο το οποίο να συμπληρώσει την απέναντι δήλωση.
Note: Signature of mark (X) is acceptable if witnessed by any responsible person who must complete the declaration opposite.

Μάρτυρα
Declaration of Witness

Δηλώνω ότι ο αιτητής έγραψε το σημείο (X) ενώπιόν μου και γνωρίζω ότι ο αιτητής είναι το πρόσωπο που ισχυρίζεται ότι είναι και δεν έχω ειδικό λόγο να πιστεύω ότι ο αιτητής δεν έχει καταλάβει τις ερωτήσεις ή ότι δεν έχει δώσει αληθινές απαντήσεις. I declare that I have witnessed the mark (X) of the applicant and that I know the applicant is the person he or she claims to be and I have no specific reason to believe that the applicant has not understood the questions or has not responded truthfully to them.

Υπογραφή Μάρτυρα
Signature of Witness

Όνομα Μάρτυρα (με κεφαλαία)
Name of Witness (please print)

Διεύθυνση Μάρτυρα
Address of Witness

ΘΕΩΡΕΙΤΑΙ ΑΔΙΚΗΜΑ, ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ, ΨΕΥΔΗΣ Ή ΠΑΡΑΠΛΑΗΤΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΑΥΤΗ.
IT IS AN OFFENCE UNDER THE CYPRUS LEGISLATION TO MAKE A FALSE OR MISLEADING STATEMENT IN THIS APPLICATION

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΕΓΓΡΑΦΑ/ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΑ
CERTIFICATES/ DOCUMENTS REQUIRED

1. Πιστοποιητικό Γεννήσεως Ασφαλισμένου
Birth Certificate of the Insured
2. Πιστοποιητικό Γάμου (αν απαιτείται)
Marriage Certificate (if required)
3. Πιστοποιητικά Γεννήσεως Εξαρτωμένων παιδιών (αν απαιτούνται)
Birth Certificate of Dependent Children (if required)
4. Πιστοποιητικά Φοιτήσεως Παιδιών άνω των 15 χρόνων (από το Σχολείο/ Πανεπιστήμιο)
Certificate of Full Time Education for Children over 15 years of age (from the School/ University)
5. Πιστοποιητικό θανάτου - όταν η αίτηση είναι για παροχές θανάτου
Death Certificate - if the claim is made for survivors' benefit
6. Βεβαίωση ότι ο αιτητής είναι ο κηδεμόνας των ορφανών όταν η αίτηση υποβάλλεται για επίδομα ορφανίας (αντίγραφο πιστοποιητικού από την αρμόδια αρχή που διορίζει τον κηδεμόνα)
Evidence that the claimant is the guardian of the orphans if claim is made for orphans benefit (copy of the certificate from the appropriate authority appointing the guardian)
7. Ιατρική Έκθεση όταν η αίτηση υποβάλλεται για σύνταξη ανικανότητας
Medical Report if claim is made for invalidity pension.
8. Πιστοποιητικό Εξόδων Κηδείας όταν η αίτηση υποβάλλεται για βοήθημα κηδείας.
Certificate of funeral expenses if claim is made for funeral grant.

Canada / Cyprus Agreement

Documents and/or information required to support your application [CY-CDN 1] for a Cypriot Old Age and/or Invalidity Pension

Complete the attached forms:

- **Canadian Residence [SC ISP5013]** *(only if you are applying for a Cypriot Old Age pension)*

Original or certified documents to be submitted:

- Birth certificate
- Marriage certificate (if applicable)
- Proof of the dates of your entry(ies) to Canada and departure(s) from Canada (such as: Immigration 1000, passport, visa, ship or airline tickets, etc.) *(only if you are applying for a Cypriot Old Age pension)*
- Medical certificate from your physician *(only if you are applying for a Cypriot Invalidity pension)*

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.

Canada / Cyprus Agreement

Documents and/or information required to support your application [CY-CDN 1] for a Cypriot Widow's Pension, Orphans Benefit and/or Funeral Grant

Original or certified documents to be submitted:

- Birth certificate for you, the deceased, and dependant children
- Marriage certificate (if applicable)
- Death certificate
- Proof of guardianship for dependant children (*only if you are applying for a Cypriot Orphans benefit*)
- Letter from school certifying attendance for children aged 15-25 (*only if you are applying for a Cypriot Orphans benefit*)
- Certificate of funeral expenses (*only if you are applying for a Cypriot Funeral grant*)

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

Canadian Social Insurance Number _____

☐ Mr. ☐ Mrs.
☐ Ms. ☐ Miss

First Name and Initial

Last 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 you were born outside of Canada, please provide us with the following information:

- Date of arrival in Canada: _____
- Place of arrival in Canada: _____

2. List all the places where you have lived in Canada after the age of 18 and provide proof of all your entries and departures (immigration 1000, complete passport, airline tickets, etc.):

From (Year/Month/Day)	To (Year/Month/Day)	City	Province/Territory

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

Departure (Year/Month/Day)	Return (Year/Month/Day)	Destination	Reason

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

Name	Address	City	Telephone Number
			() -
			() -

DECLARATION OF APPLICANT

I declare that this information is true and complete. (It is an offence to make a misleading statement)

Signature: **X** _____

Date: _____
Year Month Day

Telephone number: () - _____

Service Canada delivers Human Resources and Social Development Canada (also known as Human Resources and Skills Development Canada) programs and services for the Government of Canada.