



**Application for Canadian Old Age, Retirement and Survivors benefits  
under the Agreement on Social Security between Canada and the  
Republic of Poland**

PL - CAN 1

**Wniosek o kanadyjskie świadczenia z tytułu starości, emeryturę oraz  
dla osób pozostałych przy życiu na podstawie Umowy o zabezpieczeniu  
społecznym zawartej pomiędzy Kanadą i Rzeczpospolitą Polską**

Personal Information Bank  
HRSDC PPU 175  
Kartoteka danych osobowych  
HRSDC PPU 175

In which language do you wish to receive your correspondence?  
W jakim języku mamy kierować korespondencję ?

- English  
po angielsku
- French  
po francusku

**Please:  
Prosimy:**

- Read the enclosed guide  
Uważnie przeczytać załączony Informator
- Complete the unshaded areas only  
Wypełnić wyłącznie jasne pola

**SECTION 1 - TO BE COMPLETED BY ALL APPLICANTS  
CZĘŚĆ 1 - WYPEŁNIA KAŻDY WNIOSKODAWCA**

**1. Social Insurance Numbers of the contributor or applicant for an Old Age Security Pension**  
Numer ubezpieczenia społecznego ubezpieczonego lub wnioskodawcy ubiegającego się o świadczenie z  
zabezpieczenia na wypadek starości

Polish Identification Number  
Polski numer identyfikacyjny

Canadian Social Insurance Number  
Numer ubezpieczenia społecznego w Kanadzie

**For use by Social  
Security Institution  
only - Przeznaczone  
wyłącznie dla instytucji  
zabezpieczenia  
społecznego**

**Date of receipt:  
Data otrzymania:**

**2. Indicate the benefits for which you wish to apply and submit the required documentation.**  
Określić rodzaj świadczeń, o które składany jest wniosek i dołączyć wymaganą dokumentację

**A. BENEFIT BASED ON RESIDENCE IN CANADA AFTER REACHING AGE 18:  
ŚWIADCZENIA NA PODSTAWIE ZAMIESZKANIA W KANADZIE PO UKOŃCZENIU 18 LAT :**

**Old Age Security Pension**  
**Świadczenie z zabezpieczenia na wypadek starości**

**Complete:** SECTIONS 1, 2, 3 and 7 - **Wypełnić:** część 1,2,3 i 7

**Submit: - Dołączyć:**

- a birth certificate  
akt urodzenia

**Indicate: - Podać:**

- date of birth  
datę urodzenia

Year      Month      Day  
Rok      Miesiąc      Dzień

**Verified by:  
Sprawdził:**

- proof of the legal basis of your residence in Canada at the time of your departure (Canadian citizenship card, immigration papers, etc.) IF YOU WERE BORN IN CANADA AND LIVED THERE CONTINUOUSLY UNTIL YOUR DEPARTURE, THIS PROOF IS NOT REQUIRED.

potwierdzenie prawa do zamieszkania w Kanadzie w chwili wyjazdu z Kanady (karta obywatelstwa kanadyjskiego, dokument imigracyjny, etc.). JEŻELI URODZIŁEŚ SIĘ W KANADZIE I MIESZKAŁEŚ TU DO CZASU WYJAZDU, TEN DOKUMENT NIE JEST WYMAGANY

- proof of the dates of your entry into and of your departure from Canada (passports, visas, ship or airline tickets, etc.)  
potwierdzenie daty wjazdu i wyjazdu z Kanady (paszport, wiza, bilety na statek lub samolot, etc.)

Attached  
w załączeniu

Attached  
w załączeniu

**If you wish to apply for a Canada Pension Plan Disability Benefit, please complete form PL-CAN 1 (DI) which is available on this website and from your social security office.**

**Jeżeli występujesz o rentę inwalidzką z Systemu rentowego Kanady, należy wypełnić formularz PL-CAN 1 (DI), który jest dostępny na stronie internetowej lub w najbliższym urzędzie zabezpieczenia społecznego.**

Service Canada delivers Human Resources and Skills Development Canada programs and services for the Government of Canada.

Service Canada zapewnia świadczenia w ramach programu i usług Human Resources and Skills Development Canada w imieniu rządu Kanady.

Canadian Social Insurance Number  
Numer ubezpieczenia społecznego w Kanadzie

**B. BENEFITS BASED ON CONTRIBUTIONS PAID TO THE CANADA PENSION PLAN SINCE  
JANUARY 1966:  
ŚWIADCZENIA NA PODSTAWIE SKŁADEK WPŁACANYCH DO SYSTEMU RENTOWEGO  
KANADY OD STYCZNIA 1966 R. :**

**For use by Social  
Security Institution  
only - Przeznaczone  
wyłącznie dla instytucji  
zabezpieczenia  
społecznego**

**Retirement Pension  
Emerytura**

**Complete:** SECTIONS 1, 2, 4 and 7 - **Wypełnić:** część 1,2,4 i 7

**Submit\*: - Dołączyć\*:**

- a birth certificate  
akt urodzenia

**Indicate: - Podać:**

- date of birth  
datę urodzenia

Year      Month      Day  
Rok      Miesiąc      Dzień

**Verified by:  
Sprawdził:**

**Survivor's pension  
Renta dla osoby  
pozostalej przy życiu**

**Surviving Child's Benefit  
Renta dla dziecka  
pozostalego przy życiu**

**Death Benefit  
Zasilek pogrzebowy**

**Complete:** SECTIONS 1, 2, 5, 6 (if necessary) and 7  
**Wypełnić:** część 1,2,5,6 (o ile dotyczy) i 7

**Submit\*: - Dołączyć\*:**

- a death certificate  
akt zgonu
- a birth certificate for the deceased  
contributor  
akt urodzenia zmarłego  
ubezpieczonego
- a birth certificate for the survivor and  
each dependent child  
akt urodzenia osoby pozostalej  
przy życiu i każdego dziecka na  
utrzymaniu
- a marriage certificate  
akt ślubu

**Indicate: - Podać:**

- date of death  
datę zgonu
- date of birth of the  
deceased contributor  
datę urodzenia zmarłego  
ubezpieczonego
- date of birth of the survivor  
datę urodzenia osoby  
pozostalej przy życiu
- date of marriage  
datę ślubu

Year      Month      Day  
Rok      Miesiąc      Dzień

Year      Month      Day  
Rok      Miesiąc      Dzień

Year      Month      Day  
Rok      Miesiąc      Dzień

Year      Month      Day  
Rok      Miesiąc      Dzień

- \* if applying for a death benefit only, submit the contributor's death and birth certificates only.
- \* Jeżeli występujesz wyłącznie o zasilek pogrzebowy, należy dołączyć akt zgonu i akt urodzenia zmarłej osoby ubezpieczonej.

Canadian Social Insurance Number  
Numer ubezpieczenia społecznego w Kanadzie

**SECTION 2 - GENERAL INFORMATION ABOUT THE CONTRIBUTOR OR APPLICANT FOR AN OLD AGE SECURITY PENSION**  
(To be completed in all cases.)  
**CZĘŚĆ 2 - INFORMACJE OGÓLNE DOTYCZĄCE UBEZPIECZONEGO LUB WNIOSKODAWCY UBIEGAJĄCEGO SIĘ O ŚWIADCZENIE Z ZABEZPIECZENIA NA WYPADEK STAROŚCI (Wypełnia każdy wnioskodawca)**

3.  Male / Mężczyzna  Female / Kobieta

4. Given Name and Initial / Imię i inicjał      Family Name / Nazwisko      Family Name at birth / Nazwisko rodowe

5. Address (No. and Street, Apt. No.) / Adres (ulica i nr domu, nr mieszkania)      City / Miasto      6. Mailing address / Adres pocztowy:  
 Same as in question 5 or / taki sam jak wskazany w pkt. 5 lub

Province or Territory / Prowincja lub terytorium      Country (If other than Canada) / Państwo - jeżeli nie jest to Kanada      Postal Code / Kod pocztowy

7. Place of birth / Miejsce urodzenia      8. Name on Canadian Social Insurance Card: / Nazwisko wpisane w kanadyjską kartę ubezpieczenia społecznego  
 Same as in question 4 or / takie samo jak wskazane w pkt. 4 lub

9. Indicate periods of residence and/or periods of employment in a country other than Canada and Poland.  
Podać okresy zamieszkania i/lub zatrudnienia w innym państwie niż Kanada lub Polska

Name of Country / Państwo	Social Insurance Number in that Country / Numer ubezpieczenia społecznego w tym państwie	Residence / Zamieszkanie				Employment / Zatrudnienie				Has a benefit been requested? / Czy był składany wniosek o świadczenie?		
		From / Od		To / Do		From / Od		To / Do		Yes / Tak	No / Nie	
		Year / Rok	Month / Miesiąc	Year / Rok	Month / Miesiąc	Year / Rok	Month / Miesiąc	Year / Rok	Month / Miesiąc			

10. Since January 1, 1966, have you or your spouse or common-law partner been eligible for Canadian Family Allowances or the Child Tax Benefit for a child born after December 31, 1958?  
Czy po dniu 1 stycznia 1966 r. Ty lub Twój małżonek lub partner byliście objęci w Kanadzie systemem świadczeń rodzinnych lub ulgą podatkową na dziecko urodzone po dniu 31 grudnia 1958 r. ?

Contributor / Ubezpieczony      Spouse or common-law partner / Małżonek lub partner  
 Yes / Tak     No / Nie       Yes / Tak     No / Nie

11A. Marital Status / Stan cywilny  
 Single / wolny     Married / żonaty/zamężna     Common-law partner     Separated / w separacji     Divorced / rozwiedziony     Surviving spouse or common-law partner / małżonek lub partner pozostający przy życiu

11B. Spouse's or common-law partner's full name / Pełne nazwisko małżonka lub partnera      11C. Spouse's or common-law partner's date of birth / Data urodzenia małżonka lub partnera  
Year / Rok    Month / Miesiąc    Day / Dzień

Canadian Social Insurance Number  
Numer ubezpieczenia społecznego w Kanadzie

**SECTION 3 - TO BE COMPLETED WHEN APPLYING FOR AN OLD AGE SECURITY PENSION (Otherwise, proceed to SECTION 4.)**  
**CZĘŚĆ 3 - WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA UBIEGAJĄCY SIĘ O ŚWIADCZENIE Z ZABEZPIECZENIA NA WYPADEK STAROŚCI**  
**(Jeżeli nie, patrz CZĘŚĆ 4)**

**12.** If born outside Canada, give date and place of entry into Canada. Year Month Day Place of entry  
Rok Miesiąc Dzień Miejsce  
W przypadku urodzenia poza Kanadą, podać datę i miejsce wjazdu do Kanady

**13.** Indicate the legal status of your residence in Canada at the time of your departure from Canada.  
Podać podstawę zamieszkania w Kanadzie w chwili wyjazdu z Kanady

Canadian Citizen obywatel Kanady  Admitted on a Minister's Permit na mocy zgody wydanej przez Ministra

Permanent Resident (Landed Immigrant) stały rezydent (przyjęty imigrant)  Temporary resident permit holder Tymczasowe zezwolenie na pobyt rezydenta

Other (Specify) inne (wymienić) \_\_\_\_\_

**14.** List the places where you have lived from birth to the present. do not include changes within the same city, town or village.  
(If more space is needed, provide the information on a separate sheet of paper.)  
Podać wszystkie miejsca zamieszkania od urodzenia do dnia dzisiejszego. Nie należy podawać zmian adresów w obrębie tej samej miejscowości. (O ile to konieczne, dołączyć dodatkową kartkę.)

From - od			To - do			City Miasto	Province or State Prowincja lub stan	Country Państwo
Year Rok	Month Miesiąc	Day Dzień	Year Rok	Month Miesiąc	Day Dzień			

**15.** Give name, address and telephone number of two persons, not related to you by blood or marriage, with whom we can confirm the facts of your residence in Canada.  
Podać nazwisko, adres i numer telefonu 2 osób, nie będących ani krewnymi, ani powinowatymi, które znają fakty związane z Twoim zamieszkaniem w Kanadzie

Name Nazwisko	Address Adres	Telephone Number (including area, city or regional code) - Numer telefonu (łącznie z numerem kierunkowym regionu lub miasta)

**16.** Are you considered a resident of Canada for tax purposes?  Yes Tak  No Nie ▶ If no, is your net world income for the year 2009 less than \$66,335 in Canadian dollars?  Yes Tak  No Nie  
Czy jesteś uważany za rezydenta Kanady w rozumieniu przepisów dot. podatku dochodowego?  Tak  Nie ▶ Jeżeli nie, czy w roku 2009 Twój łączny dochód netto we wszystkich państwach jest niższy od 66 335 \$ w dolarach kanadyjskich?  Tak  Nie  
(See the guide for more information) (więcej szczegółów w Informatorze)

Canadian Social Insurance Number  
Numer ubezpieczenia społecznego w Kanadzie

**SECTION 4 - TO BE COMPLETED WHEN APPLYING FOR A CANADA PENSION PLAN RETIREMENT PENSION**

(Otherwise, proceed to SECTION 5.)

**CZĘŚĆ 4 - WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA UBIEGAJĄCY SIĘ O EMERYTURĘ Z SYSTEMU RENTOWEGO KANADY**  
(Jeżeli nie, patrz CZĘŚĆ 5)

<p><b>17A.</b> When do you wish your retirement pension to begin? Od jakiej daty chcesz otrzymywać emeryturę ?</p> <p>Year      Month      OR Rok      Miesiąc      LUB</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> earliest month eligible pierwszy możliwy miesiąc</p>	<p><b>17B.</b> If you are age 60 to 64 and contributing to the Canada Pension Plan, have you or will you have ceased or substantially ceased working prior to the date indicated in 17A? Jeżeli ukończyłeś od 60 do 64 lat i wpłacasz składki do Systemu rentowego Kanady, czy przestałeś lub przestaniesz pracować całkowicie lub w pełnym wymiarze przed datą wskazaną w punkcie 17A ?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes      <input type="checkbox"/> No Tak      Nie</p>	<p>If "<b>yes</b>", when did you or will you cease or substantially cease working? Jeżeli „TAK”, kiedy przestałeś lub przestaniesz pracować całkowicie lub w pełnym wymiarze ?</p> <p>Year      Month Rok      Miesiąc</p> <p>_____</p>
---	--	---

**SECTION 5 - TO BE COMPLETED WHEN APPLYING FOR A SURVIVOR'S PENSION OR A DEATH BENEFIT**

(Otherwise, proceed to SECTION 6.)

**CZĘŚĆ 5 - WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA UBIEGAJĄCY SIĘ O RENTĘ DLA OSOBY POZOSTAŁEJ PRZY ŻYCIU LUB O ZASIŁEK POGRZEBOWY** (Jeżeli nie, patrz CZĘŚĆ 6)

**A. GENERAL INFORMATION ABOUT THE APPLICANT**  
**INFORMACJE OGÓLNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**

<p><b>18.</b> Given Name and Initial - Imię i inicjał      Family Name - Nazwisko      Family Name at Birth - Nazwisko rodowe</p>	
<p><b>19.</b> Address (No. and Street, Apt. No.)      City Adres (ulica i nr domu, nr mieszkania)      Miasto</p> <p>Province or Territory      Country      Postal Code Prowincja lub terytorium      Państwo      Kod pocztowy</p>	<p><b>20.</b> Mailing Address Adres pocztowy: <input type="checkbox"/> Same as in question 19 or taki sam jak wskazany w pkt. 19 lub</p>
<p><b>21.</b> Applicant's relationship to the deceased contributor Stopień pokrewieństwa wnioskodawcy ze zmarłym ubezpieczonym</p>	
<p><b>22.</b> Is there an executor, administrator or legal representative of the estate of the deceased? Czy występuje wykonawca testamentu, zarządca masy spadkowej lub prawny przedstawiciel spadkobierców po zmarłej osobie ?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes      if "<b>yes</b>", indicate whether: Tak      Jeżeli „Tak”, podać, czy tą osobą jest</p> <p><input type="checkbox"/> No      <input type="checkbox"/> same as in questions 18 and 19 or Nie      osoba wskazana w punktach 18 i 19 lub</p> <p><input type="checkbox"/> as shown below osoba wskazana poniżej</p> <p>Given Name - Imię      Family Name - Nazwisko</p>	
<p>Address (No. and Street, Apt. No.) - Adres (ulica i nr domu, nr mieszkania)      City - Miasto</p>	
<p>Province or Territory - Prowincja lub terytorium      Country - Państwo      Postal Code - Kod pocztowy</p>	

Canadian Social Insurance Number  
Numer ubezpieczenia społecznego w Kanadzie

**B. INFORMATION ABOUT THE SURVIVOR  
INFORMACJE DOTYCZĄCE OSOBY POZOSTAŁEJ PRZY ŻYCIU**

<b>23.</b> Social Insurance Number in Canada Numer ubezpieczenia społecznego w Kanadzie	<b>24.</b> Given Name Imię <input type="checkbox"/> Same as in question 18 or takie samo jak wskazane w punkcie 18 lub	Family Name Nazwisko <input type="checkbox"/> Same as in question 18 or takie samo jak wskazane w punkcie 18 lub	Family Name at Birth Nazwisko rodowe <input type="checkbox"/> Same as in question 18 or takie samo jak wskazane w punkcie 18 lub
--	--	--	--

**25.** Are you disabled?  
Czy jesteś inwalidą ?  Yes Tak  No Nie

<b>26.</b> At the time of the contributor's death, were you residing with him or her? Czy w chwili śmierci ubezpieczonego mieszkales z nim ? <input type="checkbox"/> Yes Tak <input type="checkbox"/> No Nie	<b>27.</b> At the time of the contributor's death, were you married to him or her? Czy w chwili śmierci ubezpieczonego pozostawales z nim w związku małżeńskim ? <input type="checkbox"/> Yes Tak <input type="checkbox"/> No Nie
--	--

**28.** If you were under age 45 at the time of the contributor's death, indicate if you were maintaining:  
Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego miałeś mniej niż 45 lat, podaj czy miałeś na utrzymaniu:

a) a child of the contributor under age 18. If the child was not in your custody and control, please explain the circumstances on a separate sheet of paper.  
dziecko ubezpieczonego mające mniej niż 18 lat. Jeżeli dziecko nie pozostawało na Twoim utrzymaniu i pod Twoją opieką, wyjaśnij okoliczności na dodatkowej kartce.  Yes Tak  No Nie

b) a disabled child of the contributor age 18 or over.  
dziecko ubezpieczonego mające 18 lat lub więcej będące inwalidą  Yes Tak  No Nie

c) a child of the contributor age 18 to 25 in full-time attendance at school or university. If "YES", please indicate on a separate sheet of paper the child's name and birthdate and the name of the school or university he or she is attending full-time.  
dziecko ubezpieczonego mające od 18 do 25 lat uczęszczające do szkoły lub szkoły wyższej w pełnym wymiarze. Jeżeli „tak”, podaj na dodatkowej kartce nazwisko dziecka i jego datę urodzenia oraz nazwę szkoły lub szkoły wyższej, do której uczęszcza.  Yes Tak  No Nie

**29.** If "yes" to any of the questions in 28, have you maintained the child from the time of the contributor's death to the present?  
Jeżeli „tak” w przypadku któregoś pytania z punktu 28, czy dziecko pozostawało na Twoim utrzymaniu od śmierci ubezpieczonego do chwili obecnej ?  Yes Tak  No Nie

**SECTION 6 - TO BE COMPLETED WHEN APPLYING FOR A SURVIVING CHILD'S BENEFIT (Otherwise, proceed to SECTION 7.)  
Questions 31 and 32 to be completed only when the applicant is not the person named in question 18.  
CZĘŚĆ 6 - WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA UBIEGAJĄCY SIĘ O RENTĘ DLA DZIECKA POZOSTAŁEGO PRZY ŻYCIU (Jeżeli nie, patrz CZĘŚĆ 7) Punkty 31 i 32 wypełnia tylko wnioskodawca nie będący osobą wymienioną w punkcie 18.**

<b>30.</b> Full name of child Pełne nazwisko dziecka	Date of Birth - Data urodzenia			For use by Social Security Institution only Przeznaczone wyłącznie dla instytucji zabezpieczenia społecznego Verified by : - Sprawdził:
	Year Rok	Month Miesiąc	Day Dzień	

**31.** Given Name - Imię i inicjał \_\_\_\_\_ Family Name - Nazwisko \_\_\_\_\_

**32.** Address (No. and Street, Apt. No.) - Adres (ulica i nr domu, nr mieszkania) \_\_\_\_\_ City - Miasto \_\_\_\_\_

Province or Territory - Prowincja lub terytorium \_\_\_\_\_ Country - Państwo \_\_\_\_\_ Postal Code - Kod pocztowy \_\_\_\_\_

Canadian Social Insurance Number  
Numer ubezpieczenia społecznego w Kanadzie

**IT IS AN OFFENCE UNDER CANADIAN LAW TO MAKE A FALSE OR MISLEADING STATEMENT IN THIS APPLICATION.  
WSZELKIE FAŁSZYWE I WPROWADZAJĄCE W BŁĄD OŚWIADCZENIA ZAWARTE W NINIEJSZYM WNIOSKU STANOWIĄ  
PRZESTĘPSTWO W ŚWIETLE PRAWA KANADYJSKIEGO**

**SECTION 7 - TO BE SIGNED BY THE APPLICANT AND, IF APPLICANT SIGNS WITH MARK, BY A WITNESS**  
**NOTE:** If you are applying on behalf of the applicant, indicate on a separate sheet of paper your full name and address and the reason you are making this application.

**CZĘŚĆ 7 - WYMAGA PODPISU WNIOSKODAWCY**  
**UWAGA:** Jeżeli składasz wniosek w imieniu wnioskodawcy, na osobnej kartce podaj swoje pełne nazwisko, adres i uzasadnienie składania wniosku przez ciebie.

**33. Declaration of Applicant - Oświadczenie osoby składającej wniosek**

I declare that, to the best of my knowledge, the information given in this application is true and complete. I authorize the social security institution of the country which is a Party to this Agreement to furnish to Service Canada all the information and evidence in its possession which relate or could relate to this application for benefits. In addition, I realize that my personal information governed by the *Privacy Act of Canada* may be disclosed where authorized under the *Old Age Security Act* or the *Canada Pension Plan*.

Oświadczam, że zgodnie z moją wiedzą wszystkie informacje tutaj podane są zgodne z prawdą i pełne. Upoważniam instytucję zabezpieczenia społecznego państwa będącego sygnatariuszem niniejszej Umowy do udostępniania Service Canada wszelkich informacji oraz posiadanych środków dowodowych, które mają lub mogą mieć związek z niniejszym wnioskiem o świadczenia. Ponadto przyjmuję do wiadomości, że informacje dotyczące moich danych osobowych są objęte ochroną kanadyjską *Ustawą o ochronie danych osobowych* i mogą być rozpowszechniane, o ile zezwala na to *Ustawa o Zabezpieczeniu społecznym na wypadek starości lub System rentowy Kanady*.

**Signature of applicant**  
**Podpis wnioskodawcy**



**Note: Signature by mark is acceptable if witnessed by any responsible person who must complete the declaration opposite.**

**Uwaga: Podpis krzyżykiem jest dopuszczalny tylko po potwierdzeniu jego autentyczności przez inną osobę, która opatrzy swoim podpisem oświadczenie w rubryce obok.**

**Declaration of Witness**  
**Oświadczenie świadka**

I declare that I have witnessed the mark 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.

Przeczytałem wypełniony formularz wnioskodawcy, który prawdopodobnie zrozumiał jego treść i opatrzył go podpisem krzyżykiem w mojej obecności.

Signature of Witness  
Podpis świadka

Name of Witness (Please print)  
Nazwisko świadka (literami drukowanymi)

Address of Witness (No., Street, Apt. No.)  
Adres świadka (ulica, nr domu, nr mieszkania)

Date of Application  
Data zgłoszenia wniosku  
Year Month Day  
Rok Miesiąc Dzień

Telephone Number  
(including area, city or regional code)  
Numer telefonu  
(z numerem kierunkowym regionu lub miasta)

[ ]

**TO BE COMPLETED BY THE LIAISON AGENCY IN CANADA**  
**WYŁĄCZNIE DO UŻYTKU KANADYJSKIEJ INSTYTUCJI ŁĄCZNIKOWEJ**

Eligibility Date - OAS Year Month Day	Eligibility Date - CPP Year Month Day	Date of receipt Year Month Day	Age A B T <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Residence Status X Y Z O <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Payment Date - OAS Year Month Day	Payment Date - CPP Year Month Day	Elective Date Year Month Day	Residence (Transitional Rules) 3 (1) (b) 3 (1) (c)	Residence 3 (1.1)
Aggregate	I certify that the applicant is eligible to receive the benefit(s) indicated as of the date(s) shown and that the benefit(s) is (are) payable under the provisions of the <i>Old Age Security Act</i> or the <i>Canada Pension Plan</i> .			
Rounded Down	Certified by:			Date
	Verified by:			Date