

**APPLICATION FOR CANADA PENSION PLAN DISABILITY BENEFITS
UNDER THE AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY BETWEEN
CANADA AND THE REPUBLIC OF CHILE
SOLICITUD DE PENSIÓN DE INVALIDEZ DEL PLAN DE PENSIONES DE
CANADÁ EN VIRTUD DEL CONVENIO SOBRE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE
CANADÁ Y LA REPÚBLICA DE CHILE**

CHI - CAN 1 (DI)

Personal Information Bank
HRDC PPU 175
Banco de Información
personal HRDC PPU 175

In which language do you wish to receive your correspondence?
¿En qué idioma prefiere recibir la correspondencia?

English Inglés French Francés

Please: **Read the enclosed guide**
Por favor: **Lea la guía adjunta**

Complete the unshaded areas only
Llene solamente las áreas no sombreadas

SECTION 1 - INFORMATION ABOUT THE CONTRIBUTOR - SECCIÓN 1 - INFORMACIÓN SOBRE EL IMPONENTE

1. Chilean National Personal Identification Document Number or R.U.T. - Cédula Nacional de Identidad o R.U.T. en Chile

Chilean Social Insurance Registration Number - Número de inscripción en el Servicio de Seguro Social de Chile

Canadian Social Insurance Number - Número de seguridad social canadiense

2. Male - Hombre Female - Mujer
Given Name - Nombre Family Name - Apellidos Family Name at Birth - Apellidos de bautismo

3. Name on Canadian Social Insurance Card - Nombre en la tarjeta de seguridad social canadiense
 same as in question 2 or Idéntico al indicado en la pregunta 2 o

4. Date of Birth (Please provide birth or baptismal certificate) - Fecha de nacimiento (adjuntar certificado de nacimiento o partida de bautismo)

Year Año Month Mes Day Día

For use by the Chilean Social Security Institution only
Para uso exclusivo de la Institución Chilena de seguridad social

Date of receipt: Fecha de recepción:

Verified by: Verificado por:

5. Marital Status - Estado civil
 Single Soltero Married Casado Separated Separado Widowed Viudo Divorced Divorciado Common-Law Convivencia consensual

6. Home Address (No., Street, Apt. No.) - Dirección del domicilio (calle, número, apartamento)

Postal Code - Código postal City, Town or Village - Ciudad o Pueblo Country - País

7. Mailing Address (No., Street, Apt. No.) - Dirección postal (calle, número, apartamento) same as in question 6 or idéntica a la indicada en la pregunta 6 o

8. In which Canadian province did you last reside? - Última provincia en que residió en Canadá

9. Indicate periods of residence and/or periods of employment in a country other than Canada and Chile.
Indicar periodos de residencia y/o periodos de empleo en otros países además de Canadá y Chile.

Name of Country País	Social Security Number in that Country Número de seguridad social en ese país	Residence - Residencia				Employment - Empleo				Has a benefit been requested? ¿Ha solicitado prestaciones?	
		From - Desde		To - Hasta		From - Desde		To - Hasta		Yes Sí	No No
		Year Año	Month Mes	Year Año	Month Mes	Year Año	Month Mes	Year Año	Month Mes		
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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? - Desde el 1 de enero de 1966, ¿ha tenido derecho Ud. o su cónyuge/conviiviente a recibir las asignaciones familiares canadienses o al crédito tributario por hijo menor nacido después del 31 diciembre de 1958?

Contributor - Imponente Yes Sí No No

Spouse or Common-law partner Cónyuge/conviiviente Yes Sí No No

SECTION 2 - INFORMATION ABOUT THE CONTRIBUTOR'S CHILDREN - SECCIÓN 2 - INFORMACIÓN SOBRE LOS HIJOS DEL IMPONENTE

11. Do you have children under the age of 18 in your custody and control? - ¿Tiene hijos menores de 18 años a su cargo y bajo su tutela?

Yes Sí No No

If "Yes", please complete question 11 and attach a birth or baptismal certificate for each child. En caso Afirmativo, responda a la pregunta 11 y adjunte una partida de nacimiento o de bautizo para cada hijo.

Do you have children between the ages of 18 and 25 in full time attendance at school or university? - ¿Tiene hijos comprendidos en las edades de 18 a 25 años de edad inscritos a tiempo completo en una escuela o universidad?

Yes Sí No No

If "Yes", each child should complete a separate application. En caso Afirmativo, cada uno de los hijos deberá llenar un formulario separado.

11A. Child's Given Name - Nombre del hijo Family Name - Apellidos

Male Hombre Female Mujer

Date of Birth - Fecha de nacimiento

Year Año Month Mes Day Día

For use by the Chilean Social Security Institution only
Para uso exclusivo de la Institución Chilena de seguridad social

Verified by: - Verificado por:

Natural child Hijo natural Legally adopted child Hijo adoptado legalmente Other Otro

If you answered "Other", please explain the circumstances: - Si indicó "Otro", explicar las circunstancias



11B. Child's Given Name - Nombre del hijo <input type="checkbox"/> Male Hombre <input type="checkbox"/> Female Mujer	Family Name - Apellidos Date of Birth - Fecha de nacimiento <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%; text-align: center;">Year Año</td> <td style="width:15%; text-align: center;">Month Mes</td> <td style="width:15%; text-align: center;">Day Día</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>	Year Año	Month Mes	Day Día				For use by the Chilean Social Security Institution only Para uso exclusivo de la Institución Chilena de seguridad social Verified by: - Verificado por:
Year Año	Month Mes	Day Día						
<input type="checkbox"/> Natural child Hijo natural <input type="checkbox"/> Legally adopted child Hijo adoptado legalmente <input type="checkbox"/> Other Otro								
If you answered "Other", please explain the circumstances: - Si indicó "Otro", explicar las circunstancias. ----- ----- -----								

IF THERE IS NOT SUFFICIENT SPACE TO LIST ALL YOUR CHILDREN IN QUESTION(S) 11 AND/OR 12, PLEASE USE A SEPARATE SHEET OF PAPER AND ATTACH IT TO THIS APPLICATION.
SI NO ALCANZARA EL ESPACIO PARA INDICAR TODOS SUS HIJOS EN LAS PREGUNTAS 11 Y 12, PUEDE EMPLEAR UNA HOJA ADICIONAL Y ADJUNTARLA A LA SOLICITUD.

12. If you have a natural or legally adopted child under the age of 18, in the custody and control of someone else, please provide the following information:
Si tiene un hijo natural o adoptado legalmente menor de 18 años, a cargo y bajo la tutela de alguna otra persona, indicar la siguiente información:

12A. Child's Full Name Nombre y apellidos del hijo	Custodian's Full Name Nombre y apellidos del tutor	Custodian's Address (No., Street, Apt. No.) Dirección del tutor (calle, número, apartamento)
12B. Child's Full Name Nombre y apellidos del hijo	Custodian's Full Name Nombre y apellidos del tutor	Custodian's Address (No., Street, Apt. No.) Dirección del tutor (calle, número, apartamento)

13. On behalf of any of your children listed in question 11, has an application been made for, or have benefits been received from:
A nombre de los hijos indicados en la pregunta 11, ¿se ha presentado una solicitud, o recibido prestaciones del:

	APPLIED - SOLICITADO	RECEIVED - RECIBIDO
Canada Pension Plan Plan de Pensiones de Canadá	<input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No No
Quebec Pension Plan Plan de Pensiones de Quebec	<input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No No	<input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No No

If you answered "Yes" to either of the above, indicate under which Social Insurance Number.
 Si respondió "Sí" en cualquiera de esas casillas, indicar el número de seguridad social correspondiente

Social Insurance Number Número de seguridad social	Social Insurance Number Número de seguridad social
---	---

IT IS AN OFFENCE UNDER CANADIAN LAW TO MAKE A FALSE OR MISLEADING STATEMENT IN THIS APPLICATION
TODA DECLARACIÓN FALSA O ENGAÑOSA EN ESTA SOLICITUD SE CONSIDERA DELITO EN LA LEGISLACIÓN CANADIENSE

SECTION 3 - TO BE SIGNED BY THE APPLICANT AND, IF APPLICANT SIGNS WITH MARK, BY A WITNESS.
SECCIÓN 3 - FIRMA DEL SOLICITANTE Y, SI EL SOLICITANTE FIRMA CON UNA CRUZ, FIRMA DEL TESTIGO.

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.
NOTA: La persona que presente una solicitud a nombre del solicitante, deberá indicar en una hoja aparte su nombre, apellidos y dirección, y la razón por la que presenta esta solicitud.

14. DECLARATION OF APPLICANT - DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE I hereby apply for a disability benefit under the Canada Pension Plan and declare that, to the best of my knowledge, the information herein is true and complete. I agree to notify Human Resources Development Canada of any changes in circumstances which may affect my eligibility to benefits. I authorize the Chilean Superintendency of Pension Fund Administrators/Superintendency of Social Security to furnish to Human Resources Development Canada all the information and evidence in its possession which relate or could relate to this application for benefits. Por la presente solicito una pensión de invalidez del Plan de Pensiones de Canadá y declaro que, según mi más leal entender y saber, la información contenida en esta solicitud es verdadera y completa. Convengo en notificar al "Human Resources Development Canada" de cualquier cambio en las circunstancias que podrían afectar mi admisibilidad para recibir las prestaciones. Autorizo a la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones/Superintendencia de Seguridad Social de Chile, a proporcionar al "Human Resources Development Canada" toda la información y pruebas que posean que esté relacionada, o pudiera estarlo, con esta solicitud de prestaciones. SIGNATURE OF APPLICANT FIRMA DEL SOLICITANTE	DECLARATION OF WITNESS DECLARACIÓN DEL TESTIGO I have read the contents of this application to the applicant who appeared to fully understand them and who made his or her mark in my presence. He leído el contenido de esta solicitud al solicitante, el que parece comprender dicho contenido y que ha puesto una cruz en mi presencia. Signature of Witness Firma del testigo Name of Witness (please print) Nombre del testigo (letras de imprenta) Address of Witness (No., Street, Apt. No.) Dirección del testigo (calle, número, apartamento)						
Date of Application - Fecha de la solicitud <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%; text-align: center;">Year Año</td> <td style="width:15%; text-align: center;">Month Mes</td> <td style="width:15%; text-align: center;">Day Día</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>	Year Año	Month Mes	Day Día				NOTE: Signature by mark is acceptable if witnessed by any responsible person who must complete the declaration opposite. NOTA: La firma con una cruz es aceptable si se ha firmado ante un testigo que es una persona responsable que complete la declaración siguiente.
Year Año	Month Mes	Day Día					
Telephone Number (including area, city or regional code) Número de teléfono (incluidos los indicativos de zona y ciudad)							

TO BE COMPLETED BY THE LIAISON AGENCY IN CANADA - A SER LLENADO POR LA INSTITUCIÓN DE ENLACE EN CANADÁ

Date of Receipt Year Month Day	Eligibility Date Year Month Day	Date of Payment Year Month Day	Age A B T
Certified by: _____	Date _____	Verified by: _____	Date _____