



CHI - CAN 1

**APPLICATION FOR CANADIAN OLD AGE, RETIREMENT AND SURVIVORS
BENEFITS UNDER THE AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY BETWEEN
CANADA AND THE REPUBLIC OF CHILE**
**SOLICITUD DE PENSION DE VEJEZ, RETIRO Y SOBREVIVIENTES EN VIRTUD DEL
CONVENIO SOBRE SEGURIDAD SOCIAL ENTRE CANADÁ Y LA REPÚBLICA DE CHILE**

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 prefiero recibir su correspondencia?

English / Inglés
 French / Francés

Please:
Por favor:

- Read the enclosed guide / Lea la guía adjunta
- Complete the unshaded areas only / Llene solamente las áreas no sombreadas

SECTION 1 - TO BE COMPLETED BY ALL APPLICANTS
SECCIÓN 1 - A LLENAR POR TODOS LOS SOLICITANTES

1. Social Security Numbers of the Contributor or Applicant for an Old Age Security Pension
Números de Seguridad Social del Imponente o del Solicitante de una Pension De Vejez

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
_____	_____	_____

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:

2. Indicate the benefits for which you wish to apply and submit the required documentation.
Indicar las pensiones que solicita y anexe la documentación exigida.

**A. BENEFIT BASED ON RESIDENCE IN CANADA AFTER REACHING AGE 18:
PRESTACIÓN SOBRE LA BASE DE LA RESIDENCIA EN CANADÁ DESPUÉS DE CUMPLIR LOS 18 AÑOS DE EDAD:**

Old Age Security Pension / Pensión de vejez

Complete: SECTIONS 1, 2, 3 and 7 - Completar: SECCIONES 1, 2, 3 y 7

Submit: Presentar: Indicate: Indicar:

<ul style="list-style-type: none"> ● a birth or baptismal certificate / un certificado de nacimiento o partida de bautismo ● proof of the legal status 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. / prueba de su residencia legal en Canadá en el momento en que abandonó el país (tarjeta de ciudadanía canadiense, documentos de inmigración, etc.) SI UD. NACIÓ EN CANADÁ Y VIVIO EN EL PAÍS CONTINUAMENTE HASTA QUE LO ABANDONÓ, NO ES NECESARIO PRESENTAR PRUEBAS. ● proof of the dates of your entry into and your departure from Canada (passports, visas, ship or airline tickets, etc.) / prueba de las fechas de su entrada y salida de Canadá (pasaportes, visados, billetes de barco o avión, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> ● date of birth / fecha de nacimiento <table border="1"> <tr> <td>Year / Año</td> <td>Month / Mes</td> <td>Day / Día</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Year / Año	Month / Mes	Day / Día	_____	_____	_____
Year / Año	Month / Mes	Day / Día					
_____	_____	_____					

Verified by:
Verificado por:

Attached / Adjunto

Attached / Adjunto

**B. BENEFITS BASED ON CONTRIBUTIONS PAID TO THE CANADA PENSION PLAN SINCE JANUARY 1966:
PRESTACIONES BASADAS EN LAS COTIZACIONES AL PLAN DE PENSIONES DE CANADÁ DESDE ENERO DE 1966:**

Retirement Pension / Pensión de retiro

Complete: SECTIONS 1, 2, 4 and 7 - Completar: SECCIONES 1, 2, 4 y 7

Submit: Presentar: Indicate: Indicar:

<ul style="list-style-type: none"> ● a birth or baptismal certificate / un certificado de nacimiento o partida de bautismo 	<ul style="list-style-type: none"> ● date of birth / fecha de nacimiento <table border="1"> <tr> <td>Year / Año</td> <td>Month / Mes</td> <td>Day / Día</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Year / Año	Month / Mes	Day / Día	_____	_____	_____
Year / Año	Month / Mes	Day / Día					
_____	_____	_____					

Verified by:
Verificado por:

<input type="checkbox"/> Survivor's Pension / Pensión de conyuge sobreviviente	<input type="checkbox"/> Surviving Child's Benefits / Pensión de hijo sobreviviente	<input type="checkbox"/> Death Benefit / Indemnización por fallecimiento																								
Complete: SECTIONS 1, 2, 5, 6 (if necessary) and 7 / Completar: SECCIONES 1, 2, 5, 6 (en caso necesario) y 7																										
Submit: Presentar:	Indicate: Indicar:	Year / Año Month / Mes Day / Día																								
<ul style="list-style-type: none"> ● a death certificate / certificado de defunción ● a birth or baptismal certificate for the deceased contributor / certificado de nacimiento o partida de bautismo para el imponente fallecido ● a birth or baptismal certificate for the survivor and each dependent child / certificado de nacimiento o partida de bautismo para el cónyuge sobreviviente y para cada hijo a cargo ● a marriage certificate / certificado de matrimonio 	<ul style="list-style-type: none"> ● date of death / fecha de defunción ● date of birth of the deceased contributor / fecha de nacimiento del imponente fallecido ● date of birth of the survivor / fecha de nacimiento del cónyuge sobreviviente ● date of marriage / fecha de matrimonio 	<table border="1"> <tr> <td>Year / Año</td> <td>Month / Mes</td> <td>Day / Día</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td>Year / Año</td> <td>Month / Mes</td> <td>Day / Día</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td>Year / Año</td> <td>Month / Mes</td> <td>Day / Día</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td>Year / Año</td> <td>Month / Mes</td> <td>Day / Día</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Year / Año	Month / Mes	Day / Día	_____	_____	_____	Year / Año	Month / Mes	Day / Día	_____	_____	_____	Year / Año	Month / Mes	Day / Día	_____	_____	_____	Year / Año	Month / Mes	Day / Día	_____	_____	_____
Year / Año	Month / Mes	Day / Día																								
_____	_____	_____																								
Year / Año	Month / Mes	Day / Día																								
_____	_____	_____																								
Year / Año	Month / Mes	Day / Día																								
_____	_____	_____																								
Year / Año	Month / Mes	Day / Día																								
_____	_____	_____																								

* IF APPLYING FOR A DEATH BENEFIT ONLY, SUBMIT THE CONTRIBUTOR'S DEATH AND BIRTH OR BAPTISMAL CERTIFICATES ONLY.
* SI SOLICITA SOLAMENTE LA INDEMNIZACIÓN POR FALLECIMIENTO, SOLO SE EXIGE LA PRESENTACIÓN DE LOS CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN Y NACIMIENTO, O LA PARTIDA DE BAUTISMO, DEL IMPONENTE FALLECIDO.

IF YOU WISH TO APPLY FOR A CANADA PENSION PLAN DISABILITY BENEFIT, PLEASE COMPLETE FORM CHI-CAN 1 (DI) WHICH IS AVAILABLE FROM THE SAME OFFICE FROM WHICH YOU OBTAINED THIS FORM.
LAS PERSONAS QUE DESEEN SOLICITAR UNA PENSION DE INVALIDEZ DEL PLAN DE PENSIONES DE CANADÁ DEBERÁN COMPLETAR EL FORMULARIO CHI-CAN 1 (DI), DISPONIBLE EN LA MISMA OFICINA EN QUE OBTUVO ESTE FORMULARIO.

SECTION 2 - GENERAL INFORMATION ABOUT THE CONTRIBUTOR OR APPLICANT FOR AN OLD AGE SECURITY PENSION
 (To be completed by all applicants)
SECCIÓN 2 - INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL IMPONENTE O EL SOLICITANTE DE UNA PENSIÓN DE VEJEZ
 (Doberá llenarse por todos los solicitantes)

3. Male / Hombre Female / Mujer

4. Given Name - Nombre _____ Family Name - Apellidos _____ Family Name at Birth - Apellidos de bautismo _____

5. Address (No. and Street, Apt. No.) / Dirección (calle, número, apartamento) _____
 Postal Code / Código postal _____ City, Town or Village / Ciudad o Pueblo _____ Country / País _____

6. Mailing Address / Dirección de la correspondencia _____ Same as in question 5 or la misma indicada en la pregunta 5 o

7. Place of Birth - Lugar de nacimiento _____

8. Name on Canadian Social Insurance Card / Nombre en la tarjeta de seguridad social canadiense same as in question 4 or el mismo indicado en la pregunta 4 o

9. Indicate periods of residence and/or periods of employment in a country other than Canada and Chile.
 Indicar los periodos de residencia y/o periodos de empleo en un país que no sea Canadá o Chile.

Name of Country / País	Social Insurance Number in that country / Número de seguridad social en ese país	RESIDENCE / RESIDENCIA				EMPLOYMENT / EMPLEO				Has a benefit been requested? / ¿Se ha solicitado una prestación?	
		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		

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 usted o su cónyuge/conviviente a recibir las asignaciones familiares canadienses o al crédito tributario por hijo menor nacido después del Diciembre de 1958?

Contributor / Imponente Yes / Sí No / No

Spouse or common-law partner / Cónyuge/Conviviente Yes / Sí No / No

11A. Marital Status / Estado civil

Single / Soltero Married / Casado Separated / Separado

Widowed / Viudo Divorced / Divorciado Common-Law / Convivencia consensual

11B. Spouse or common-law partner's full name / Nombre y apellidos del cónyuge/conviviente _____

11C. Spouse or common-law partner's date of birth - Fecha de nacimiento del conyuge/conviviente

Year / Año _____ Month / Mes _____ Day / Día _____

SECTION 3 - TO BE COMPLETED WHEN APPLYING FOR AN OLD AGE SECURITY PENSION
 (Otherwise, proceed to SECTION 4)
SECCIÓN 3 - DEBERÁ LLENARSE CUANDO SE SOLICITA UNA PENSIÓN DE VEJEZ
 (De lo contrario, pase a la SECCIÓN 4)

12. If born outside Canada, give date and place of entry into Canada.
 Si no nació en Canadá, indique la fecha y lugar de entrada en Canadá.

Year / Año _____ Month / Mes _____ Day / Día _____ Place of entry - Puerto de entrada _____

13. Indicate the legal status of your residence in Canada at the time of your departure from Canada
 Indicar la situación legal de su residencia en Canadá en el momento en que abandono el país

Canadian Citizen / Ciudadano canadiense Permanent Resident (Landed Immigrant) / Residente permanente Admitted on a Minister's Permit / Admitido con un permiso ministerial

Other (specify) / Otro (especificar) _____

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)
 Indicar los lugares en que ha vivido desde que nació hasta el presente. No incluya cambios en la misma ciudad o pueblo.
 (Si necesita más espacio, escriba la información en una hoja adicional).

FROM - DESDE		TO - HASTA		City, Town or Village / Ciudad o Pueblo	Province or State / Provincia o Estado	Country / País
Year / Año	Month / Mes	Year / Año	Month / Mes			

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.
 Dar el nombre, dirección y número de teléfono de dos personas, que no estén emparentadas con usted por nacimiento o matrimonio, que puedan confirmar los datos sobre su residencia en Canadá.

Name / Nombre	Address / Dirección	Telephone number (including area, city or regional code) / Número de teléfono (incluidos los indicativos de zona y ciudad)

SECTION 4 - TO BE COMPLETED WHEN APPLYING FOR A CANADA PENSION PLAN RETIREMENT PENSION.
 (Otherwise, proceed to SECTION 5).
SECCIÓN 4 - DEBERÁ LLENARSE CUANDO SE PRESENTE UNA SOLICITUD DE PENSIÓN DE RETIRO DEL PLAN DE PENSIONES DE CANADA.
 (De lo contrario, pase a la SECCIÓN 5).

<p>16A. When do you wish your retirement pension to begin? ¿Cuándo desea que comiencen los pagos de su pensión de retiro?</p> <p>Year Año Month Mes</p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;"> _ </td> <td style="border: none;"> _ </td> <td style="border: none;"> _ </td> <td style="border: none;"> _ </td> <td style="border: none;"> _ </td> <td style="border: none;"> _ </td> <td style="border: none;"> _ </td> <td style="border: none;"> _ </td> </tr> </table> <p>OR <input type="checkbox"/> earliest month eligible el mes admisible más cercano</p>	_	_	_	_	_	_	_	_	<p>16B. If you are between age 60 and 65 and contributing to the Canada Pension Plan, have you or will you have ceased or substantially ceased working prior to the date indicated in 16A? Si ud. tiene más de 60 y menos de 65 años de edad y está cotizando al Plan de Pensiones de Canadá, ¿ha cesado de trabajar, o cesará en gran parte de trabajar antes de la fecha indicada en la pregunta 16A?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No No</p>	<p>If "Yes", when did you or will you cease or substantially cease working? Si su respuesta es Afirmativa, ¿cuándo cesó de trabajar, o dejará de trabajar en gran parte?</p> <p>Year Año Month Mes</p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;"> _ </td> <td style="border: none;"> _ </td> <td style="border: none;"> _ </td> <td style="border: none;"> _ </td> <td style="border: none;"> _ </td> <td style="border: none;"> _ </td> </tr> </table>	_	_	_	_	_	_
_	_	_	_	_	_	_	_									
_	_	_	_	_	_											

SECTION 5 - TO BE COMPLETED WHEN APPLYING FOR A SURVIVOR'S PENSION OR A DEATH BENEFIT.
 (Otherwise, proceed to SECTION 6)
SECCIÓN 5 - DEBERÁ LLENARSE CUANDO SE SOLICITE UNA PENSIÓN DE CÓNYUGE SOBREVIVIENTE O LA INDEMNIZACIÓN POR FALLECIMIENTO. (De lo contrario, pase a la SECCIÓN 6)

A. GENERAL INFORMATION ABOUT THE APPLICANT - INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL SOLICITANTE

17. Given Name - Nombre		Family Name - Apellidos		Family Name at Birth - Apellidos de bautismo	
18. Address (No. and Street, Apt. No.) Dirección (calle, número, apartamento)			19. Mailing Address Dirección de la correspondencia		
<input type="checkbox"/> same as in question 18 or la misma indicada en la pregunta 18 o					
Postal Code Código postal	City, Town or Village Ciudad o Pueblo	Country País			
20. Applicant's relationship to the deceased contributor Parentesco del solicitante con el imponente fallecido					
21. Is there an executor, administrator or legal representative of the estate of the deceased contributor? ¿Existe ejecutor testamentario, administrador o representante legal de los herederos del imponente finado?					
<input type="checkbox"/> Yes Sí		If "Yes", indicate whether En caso Afirmativo, indicar si		<input type="checkbox"/> same as in questions 17 and 18 or es la misma persona indicada en las preguntas 17 y 18 o	
<input type="checkbox"/> No No				<input type="checkbox"/> as shown below se indica a continuación	
Given Name - Nombre			Family Name - Apellidos		
Address (No. and Street, Apt. No.) - Dirección (calle, número, apartamento)					
Postal Code - Código postal		City, Town or Village - Ciudad o Pueblo		Country - País	

B. INFORMATION ABOUT THE SURVIVOR - INFORMACIÓN SOBRE EL CÓNYUGE SOBREVIVIENTE

22. Social Insurance Number in Canada Número de seguridad social Canadiense		23. Given Name - Nombre		Family Name - Apellidos		Family Name at birth Apellidos de bautismo			
		<input type="checkbox"/> same as in question 17 or el mismo indicado en la pregunta 17 o		<input type="checkbox"/> same as in question 17 or el mismo indicado en la pregunta 17 o		<input type="checkbox"/> same as in question 17 or el mismo indicado en la pregunta 17 o			
24. Are you disabled? ¿Está usted incapacitado?		25. At the time of the contributor's death, were you residing with him or her? En la fecha de su fallecimiento ¿residía ud. con el imponente?		26. At the time of the contributor's death, were you married to him or her? En la fecha de su fallecimiento ¿estaba un. casado con el imponente?					
<input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No No		<input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No No		<input type="checkbox"/> Yes Sí <input type="checkbox"/> No No					
27. If you were under age 45 at the time of the contributor's death, indicate if you were maintaining: Si ud. tenía menos de 45 años en la fecha de fallecimiento del imponente, indique si ud. estaba manteniendo:									
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. un hijo del imponente menor de 18 años. Si el hijo no estaba a su cargo y en su tutela, explique las circunstancias en una hoja aparte.				<input type="checkbox"/> Yes Sí		<input type="checkbox"/> No No			
b) a disabled child of the contributor age 18 or over. un hijo minusválido del imponente, mayor de 18 años.				<input type="checkbox"/> Yes Sí		<input type="checkbox"/> No No			
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 birth date and the name of the school or university he or she is attending. un hijo del imponente entre las edades de 18 y 25 años, inscrito a tiempo completo en una escuela o universidad. En caso Afirmativo, indique en una hoja aparte el nombre, apellidos y fecha de nacimiento del hijo, así como el nombre de la escuela o universidad a la que asiste.				<input type="checkbox"/> Yes Sí		<input type="checkbox"/> No No			
28. If "Yes" to any of the questions in 27, have you maintained the child from the time of the contributor's death to the present? Si respondió Afirmativamente a cualquiera de las preguntas en el punto 27, ¿ha mantenido ud. al hijo desde la fecha de fallecimiento del imponente hasta el presente?						<input type="checkbox"/> Yes Sí		<input type="checkbox"/> No No	

SECTION 6 - TO BE COMPLETED WHEN APPLYING FOR A SURVIVING CHILD'S BENEFIT. (Otherwise, proceed to SECTION 7).
Questions 30 and 31 to be completed only when the applicant is not the person named in question 17.
SECCIÓN 6 - DEBERÁ LLENARSE CUANDO SE SOLICITE UNA PENSIÓN DE HIJO SOBREVIVIENTE. (De lo contrario, pase a la SECCIÓN 7).
Deberá responderse a las preguntas 30 y 31 solamente cuando el solicitante no es la misma persona indicada en la pregunta 17.

29. Full Name of Child Nombre y apellidos del hijo	Date of Birth Fecha de nacimiento			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	

30. Given Name - Nombre	Family Name - Apellidos
-------------------------	-------------------------

31. Address (No. and Street, Apt. No.) - Dirección (calle, número, apartamento)		
Postal Code - Código postal	City, Town or Village - Ciudad o Pueblo	Country - País

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 7 - TO BE SIGNED BY THE APPLICANT
SECCIÓN 7 - FIRMA DEL SOLICITANTE
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: Si Ud. Presenta una solicitud a nombre del solicitante, indique en una hoja aparte su nombre, apellidos, dirección, y las razones por las cuales presenta esta solicitud.

32. DECLARATION OF APPLICANT - DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE
 I declare that, to the best of my knowledge, the information given in this application is true and complete. 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.
 Declaro que, según mi más leal entender y saber, la información contenida en esta solicitud es verídica y completa. 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 _____

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

33. DECLARATION OF WITNESS REQUIRED ONLY WHEN THE APPLICANT SIGNS WITH A MARK
DECLARACIÓN DEL TESTIGO EXIGIDA SOLAMENTE CUANDO EL SOLICITANTE FIRMA CON UNA CRUZ
 I read the contents of this application to the applicant who appeared fully to understand 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)

Date of Application Fecha de la solicitud Year Año	Month Mes	Day Día	Telephone Number (including area, city or regional code) Número de teléfono (incluidos los indicativos de zona y ciudad)	Address of Witness Dirección del testigo
---	--------------	------------	---	---

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

Eligibility Date - OAS Year Month Day	Eligibility Date - CPP Year Month Day	Date of receipt Year Month Day	Age A B T	Residence Status X Y Z O
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