

**ENTENTE QUÉBEC—DANEMARK
EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ SOCIALE**

**QUÉBEC—DANMARK
OVERENSKOMST OM SOCIAL SIKRING**

Demande de prestations du Régime de rentes du Québec
Ansøgning om ydelser efter Quebecs pensionsplan
Type de prestation(s) demandée(s) (cocher la case appropriée)
Ydelse(r), som der ansøges om (sæt kryds nedenfor)

- RENTE DE RETRAITE (remplir les parties A, B et F)
ALDERSPENSION (udfyld Del A, B og F).
- RENTES D'INVALIDITÉ ET D'ENFANT D'INVALIDE (remplir les parties A, C et F)
INVALIDEPENSION OG INVALIDEBØRNEPENSION (udfyld Del A, C og F).
- RENTES DE CONJOINT SURVIVANT ET D'ORPHELIN (remplir les parties A, D et F)
ÆGTEFÆLLEPENSION OG PENSION EFTER MISTEDE FORÆLDRE (udfyld Del A, D og F).
- PRESTATION DE DÉCÈS (remplir les parties A, E et F)
YDELSE VED DØD (udfyld Del A, E og F).

Québec 

**Demande de prestations du Régime de rentes du Québec en vertu de
l'entente Québec—Danemark en matière de sécurité sociale
Ansøgning om ydelser fra Quebec efter konventionen mellem Quebec og Danmark
om social sikring.**

NOTE: Cette demande doit être remplie par le cotisant ou, dans le cas d'une demande de prestations de survivant ou de décès, par l'ayant droit qui réclame la ou les prestations.

Le terme « cotisant » signifie la personne qui a versé des cotisations au Régime de rentes du Québec.

BEMÆRK: Denne ansøgning skal udfyldes af bidragyderen eller, hvis der ansøges om efterladtepension eller ydelse ved død, af den person, som mener at være berettiget til ydelser.

Udtrykket "bidragyder" betyder den person, som har betalt bidrag til Quebecs pensionsplan.

VEUILLEZ ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES
SKRIV VENLIGST PÅ MASKINE ELLER MED BLOKBOGSTAVER.

**PARTIE A RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LE COTISANT
DEL A ALMINDELIGE OPLYSNINGER OM BIDRAGYDEREN**

<p>1. a) <input type="checkbox"/> M./Hr. <input type="checkbox"/> Mme/Fru <input type="checkbox"/> Mlle/Frk.</p> <p>prénom et initiale du cotisant bidragydere fornavn og -bogstav</p> <p>nom de famille du cotisant bidragydere efternavn</p>	<p>b) Prénom et nom à la naissance s'ils sont différents de ceux paraissant ci-contre For- og efternavn ved fødslen hvis de afviger fra dem i 1 a)</p>	<p>2. N° d'assurance sociale du cotisant au Canada Bidragydere socialforsikringsnr i Canada</p> <p>numéro d'assurance sociale danois dansk personnummer (cpr)</p>
<p>3. Adresse du cotisant Bidragydere adresse</p>		<p>Code postal Postnummer</p>
<p>4. Date de naissance du cotisant Bidragydere fødselsdato</p> <p>année mois jour år måned dag</p>	<p>5. Lieu de naissance du cotisant Bidragydere fødested</p> <p>ville ou village province, état ou territoire pays by provins land</p>	
<p>6. État civil du cotisant Bidragydere ægteskabelige status</p> <p><input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> veuf ou <input type="checkbox"/> séparé(e) ugift gift enke skilt siden</p> <p><input type="checkbox"/> divorcé(e) depuis le separeret siden</p> <p>année mois année mois år måned år måned</p>		
<p>7. En quelle langue désirez-vous recevoir votre correspondance? Hvilket sprog foretrækker De i brevveksling?</p> <p><input type="checkbox"/> en français <input type="checkbox"/> en anglais Fransk Engelsk</p>		
<p>8. Le cotisant reçoit-il ou a-t-il reçu ou demandé des prestations en vertu: Modtager bidragydere, eller har bidragydere nogensinde modtaget eller ansøgt om ydelser efter:</p> <p>DU RÉGIME DE RENTES DU QUÉBEC? QUEBECS PENSIONSPLAN <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ja nej</p> <p>Si « oui », indiquez sous quel numéro d'assurance sociale au Canada Hvis "ja", under hvilket canadisk socialforsikringsnr?</p> <p>DU RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA? CANADAS PENSIONSPLAN <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ja nej</p> <p>Si « oui », indiquez sous quel numéro d'assurance sociale au Canada Hvis "ja", under hvilket canadisk socialforsikringsnr?</p>		

9. Indiquez la dernière province de résidence du cotisant au Canada.
 Bidragydernes seneste adresse (provins) i Canada. _____

10. Le cotisant a-t-il versé des cotisations à un régime de sécurité sociale dans un pays autre que le Canada?
 Har bidragyder betalt til en social sikringsordning i et andet land end Canada?

oui non
 ja nej

Si « oui », indiquez dans quel(s) pays?
 Hvis "ja", i hvilke(t) land(e)? _____

11. Le cotisant a-t-il reçu, à son nom, des chèques d'allocations familiales du Québec ou du Canada après le 1^{er} janvier 1966, pour des enfants nés après le 31 décembre 1958?
 Har bidragyder efter 1. januar 1966 modtaget familieydelse fra Quebec eller Canada i sit navn for børn født efter 31. december 1958?

oui non
 ja nej

Si « oui », donnez les renseignements demandés aux points 12 et 13.
 Hvis "ja", udfyld punkterne 12 og 13.

12. Inscrivez ci-dessous le prénom, le nom de famille et la date de naissance de chacun des enfants nés après le 31 décembre 1958 pour lesquels le cotisant a reçu, à son nom, une allocation familiale du Québec ou du Canada après le 1^{er} janvier 1966. Angiv for- og efternavn samt fødselsdato for hvert barn født efter 31. december 1958, for hvem bidragyder har modtaget familieydelse fra Quebec eller Canada i sit eget navn efter 1. januar 1966.

Prénom Fornavn	Nom de famille Efternavn	Date de naissance Fødselsdato		
		année år	mois måned	jour dag

Si l'espace est insuffisant, veuillez donner les renseignements requis sur une autre feuille.
 Vedlæg om nødvendigt et særligt ark.

13. Depuis la naissance des enfants dont le nom est inscrit au point 12 jusqu'à leur 7^e anniversaire de naissance, y a-t-il eu des périodes pendant lesquelles aucune allocation familiale du Québec ou du Canada n'a été versée au cotisant pour l'un des enfants? Var der for nogen af børnene nævnt i punkt 12 perioder mellem fødslen og det 7. år, hvor der ikke fra Quebec eller Canada blev betalt familieydelse for nogen af børnene?

oui non Si « oui », inscrivez ci-dessous le prénom de l'enfant ainsi que la ou les périodes en question.
 ja nej Hvis "ja", oplys barnets fornavn og relevant(e) periode(r).

Périodes pendant lesquelles aucune allocation du Québec ou du Canada n'a été versée au cotisant
 Periode(r), hvor bidragyder ikke modtog familieydelse

Prénom de l'enfant Barnets fornavn	DE FRA	année	mois	À TIL	année	mois
		år	måned		år	måned

Si l'espace est insuffisant, veuillez donner les renseignements requis sur une autre feuille.
 Vedlæg om nødvendigt et særligt ark. -

PARTIE B DEMANDE DE RENTE DE RETRAITE (La Partie A doit avoir été remplie.)
DEL B ANSØGNING OM ALDERSPENSION (Husk at udfylde Del A)

1. Travaillez-vous encore? oui non
 Er De stadig i arbejde? ja nej Si « non », quand avez-vous cessé de travailler?
 Hvis "nej", hvornår holdt De op

année			mois		
år			måned		

2. Avez-vous cessé de travailler en raison de votre état de santé? oui non
 Holdt De op med arbejde på grund af helbredet? ja nej

3. Quand désirez-vous que le paiement de votre rente débute?
 Hvornår ønsker De udbetaling af alderspension påbegyndt? Le plus tôt possible
 Så snart som muligt Plus tard, soit en

année			mois		
år			måned		

 Senere i

PARTIE C DEMANDE DE RENTES D'INVALIDITÉ ET D'ENFANT D'INVALIDE (La Partie A doit avoir été remplie.)
DEL C ANSØGNING OM INVALIDEPENSION OG INVALIDEBØRNEPENSION (Husk at udfylde DEL A)

1. Date approximative du début de votre invalidité
 Omtrentlig dato for Deres invaliditets begyndelse

année			mois		
år			måned		

2. Avez-vous cessé complètement de travailler? oui non
 Er De holdt helt op med at arbejde? ja nej Si « oui », depuis quand?
 Hvis "ja", hvornår holdt De op

année			mois		
år			måned		

 Pour quelles raisons?
 Arsag til arbejdsophør _____
 non Si « non », travaillez-vous régulièrement? ou occasionnellement?
 nej Hvis "nej", arbejder De jævnligt lejlighedsvist

3. Renseignements sur votre dernier emploi
 Oplysning om Deres seneste arbejde

Nom de votre dernier employeur Arbejdsgivers navn	Veuillez indiquer la période pendant laquelle vous avez occupé cet emploi: Beskæftigelsesperiode de fra <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td colspan="3">année</td><td colspan="3">mois</td></tr><tr><td colspan="3">år</td><td colspan="3">måned</td></tr></table> à til <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td colspan="3">année</td><td colspan="3">mois</td></tr><tr><td colspan="3">år</td><td colspan="3">måned</td></tr></table>							année			mois			år			måned									année			mois			år			måned		
année			mois																																		
år			måned																																		
année			mois																																		
år			måned																																		
Quelle fonction exercez-vous? Hvad var Deres stilling	Veuillez décrire votre travail: Beskriv jobbet																																				

Cet emploi vous obligeait-il à travailler en plein air? Havde De udendørs arbejde <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non ja nej	Pour quelle raison avez-vous quitté cet emploi? Hvorfor forlod De dette arbejde?
---	---

4. Quel genre de travail avez-vous effectué antérieurement? Hvilken slags arbejde havde De tidligere	Veuillez indiquer la période pendant laquelle vous avez effectué ce travail. Beskæftigelsesperiode de fra <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td colspan="3">année</td><td colspan="3">mois</td></tr><tr><td colspan="3">år</td><td colspan="3">måned</td></tr></table> à til <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td colspan="3">année</td><td colspan="3">mois</td></tr><tr><td colspan="3">år</td><td colspan="3">måned</td></tr></table>							année			mois			år			måned									année			mois			år			måned			Pour quelle raison avez vous quitté cet emploi? Hvorfor forlod De dette arbejde?
année			mois																																			
år			måned																																			
année			mois																																			
år			måned																																			
de fra <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td colspan="3">année</td><td colspan="3">mois</td></tr><tr><td colspan="3">år</td><td colspan="3">måned</td></tr></table> à til <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td colspan="3">année</td><td colspan="3">mois</td></tr><tr><td colspan="3">år</td><td colspan="3">måned</td></tr></table>							année			mois			år			måned									année			mois			år			måned				
année			mois																																			
år			måned																																			
année			mois																																			
år			måned																																			
de fra <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td colspan="3">année</td><td colspan="3">mois</td></tr><tr><td colspan="3">år</td><td colspan="3">måned</td></tr></table> à til <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td colspan="3">année</td><td colspan="3">mois</td></tr><tr><td colspan="3">år</td><td colspan="3">måned</td></tr></table>							année			mois			år			måned									année			mois			år			måned				
année			mois																																			
år			måned																																			
année			mois																																			
år			måned																																			

5. Possédez-vous une entreprise ou avez-vous des intérêts financiers dans une entreprise?
 Ejer De eller har De økonomisk interesse i en erhvervsvirksomhed
 oui non
 ja nej

14. Renseignements sur la personne qui fait la demande au nom de la personne invalide
 Oplysning om den person, som har udfyldt ansøgningen på den erhvervsudygtiges vegne.

M./Hr.

Mme/Fru

Mlle/Frk.

prénom
fornavn

nom de famille
efternavn

lien de parenté avec la personne invalide
relation til den erhvervsudygtige person

Adresse
Adresse

code postal
postnummer

Veillez nous fournir un rapport médical avec la demande de rente d'invalidité.
 Vedlæg venligst ansøgningen om invalidepension en lægeerklæring

PARTIE D DEMANDE DE RENTES DE CONJOINT SURVIVANT ET D'ORPHELIN

(La Partie A doit avoir été remplie.)

DEL D ANSØGNING OM ÆGTEFÆLLEPENSION OG PENSION EFTER MISTEDE FORÆLDRE
 (Husk at udfylde DEL A).

Renseignements sur la personne décédée
 Oplysning om afdøde

1. a) Date de son décès
Fødselsdato

_____	_____	_____
année	mois	jour
ar	måned	dag

b) Lieu du décès
Fødested

ville ou village
by

province, état ou territoire
provins

pays
land

2. Renseignements sur le conjoint survivant
 Oplysning om efterlevende ægtefælle

M./Hr.

Mme/Fru

Mlle/Frk.

prénom, et nom de famille que vous utilisez actuellement/fornavn og efternavn, som De anvender nu

3. Vos prénom et nom de famille à la naissance
 Deres for- og efternavn ved fødslen

les mêmes ou:
det samme eller

4. Votre numéro d'assurance sociale au Canada
 Deres socialforsikringsnr. i Canada

_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

5. Adresse de votre domicile permanent à la date du décès du cotisant
 Deres bopælsadresse ved bidragyderens død

code postal/postnummer

6. Votre adresse actuelle, si elle est différente de celle paraissant au point 5
 Deres nuværende adresse (hvis den afviger fra den i punkt 5)

code postal/postnummer

7. Votre date de naissance
 Deres fødselsdag

_____	_____	_____
année	mois	jour
ar	måned	dag

8. Votre lieu de naissance
 Deres fødested

ville ou village
by

province, état ou territoire
provins

pays
land

14. La personne qui signe la demande est-elle le conjoint survivant? oui non
Er det den efterlevende ægtefælle, der underskriver ansøgningen? ja nej

Si « non », donnez les raisons pour lesquelles la demande n'est pas faite par le conjoint survivant:

Hvis "nej", forklar venligst _____

Renseignements sur la personne qui fait la demande au nom du conjoint survivant
Oplysning om den person, der har udfyldt ansøgningen på den efterlevende ægtefælles vegne

M./Hr.

Mme/Fru

Mlle/Frk.

prénom
fornavn

nom de famille
efternavn

Adresse _____
Adresse _____

code postal
postnummer

PARTIE E DEMANDE DE PRESTATION DE DÉCÈS (La Partie A doit avoir été remplie.)
DEL E ANSØGNING OM YDELSE VED DØD (Husk at udfylde DEL A)

Renseignements sur la personne décédée
Oplysning om afdøde

1. a) Date du décès du cotisant
Bidragydets dødsdato

_____	_____	_____
année år	mois måned	jour dag

b) Lieu du décès
Dødssted

ville ou village
by

province, état ou territoire
provins

pays
land

2. Renseignements sur la personne qui demande la prestation de décès
Oplysning om ansøger til ydelse ved død

a) M./Hr.

Mme/Fru

Mlle/Frk.

votre prénom
fornavn

votre nom de famille
efternavn

b) Votre adresse
Adresse _____

code postal/postnummer

c) À quel titre demandez-vous la prestation de décès?
I hvilken egenskab ansøger De om ydelsen?

Conjoint légitime
Ægtefælle (enke eller enkemand)

Héritier. Précisez le lien de parenté:
Arving (oplys tilhørsforhold) _____

Exécuteur testamentaire
Testamentseksekutor

Personne qui a payé les frais funéraires
Betaler af begravelsesomkostninger

Autre. Précisez:
Anden egenskab (oplys venligst nærmere) _____

**PARTIE F DÉCLARATION DE LA PERSONNE
QUI FAIT LA DEMANDE
DEL F ANSØGERS ERKLÆRING**

**Déclaration du témoin lorsque la personne
qui fait la demande signe d'une croix (X)
Erklæring fra vidne, når ansøgeren har
underskrevet med et kryds (x)**

Par la présente, je demande en vertu du Régime de rentes du Québec les prestations indiquées précédemment. Je déclare que, à ma connaissance, les renseignements fournis dans la présente demande sont véridiques et complets et je m'engage à aviser l'administration du Régime de rentes de tout changement pouvant influencer sur le droit aux prestations. Hermed ansøger jeg efter Quebecs pensionsplan om de ydelser, som er nævnt i denne ansøgning. Jeg erklærer, at efter min bedste viden er alle oplysninger, som herved er givet, overensstemmende med sandheden og fuldstændige, og jeg påtager mig at give administrationen af Quebecs pensionsplan alle oplysninger om ændringer, som kan være af betydning for denne ansøgning om ydelser.

De plus, j'autorise la Régie des rentes du Québec, ainsi que le Secrétariat de l'administration des ententes de sécurité sociale du ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration, à transmettre à l'organisme gouvernemental compétent tous les renseignements nécessaires à l'étude de toute demande de prestations, sauf ceux qui sont relatifs aux gains de travail et aux cotisations versées au Régime de rentes du Québec.

Desuden bemyndiger jeg the Régie des Rentes du Québec and the Secrétariat de l'Administration des ententes de sécurité sociale of the Ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration til at videregive til den kompetent statslige institution de oplysninger, som er nødvendige for at vurdere min begæring. Bemyndigelsen omfatter ikke oplysninger om mine arbejdsindtægter og bidrag til Quebecs pensionsplans.

Signature
Underskrift: _____

Date
Dato _____
année mois jour
år måned dag

J'ai lu le contenu de la présente demande à la personne qui fait la demande, et elle a semblé le comprendre et a signé d'une croix (X).
Jeg har oplæst denne ansøgning for ansøgeren, der synes at forstå indholdet og har underskrevet med et kryds (x)

Signature du témoin
Vidnets underskrift: _____

Adresse du témoin
Vidnets adresse _____

code postal/Postnummer _____

Date
Dato _____
année mois jour
år måned dag

Note: Si la personne qui fait la demande signe d'une croix (X), un témoin doit remplir la déclaration ci-contre.
Bemærk: Hvis ansøgeren har underskrevet med et kryds (x) må erklæringen overfor udfuldes og underskrives af et vidne.

**PARTIE À ÊTRE REMPLIE PAR L'INSTITUT D'ASSURANCE SOCIALE DU DANEMARK
UDFYLDES AF DEN KOMPETENTE MYNDIGHED**

La demande a été reçue le
Ansøgning modtaget den

_____	_____	_____
année	mois	jour
år	måned	dag

**Renseignements sur le cotisant
Oplysninger om bidragsyderen**

Date de naissance
Fødselsdato

_____	_____	_____
année	mois	jour
år	måned	dag

vérifiée
bekræftet

Date du décès
Dødsdato

_____	_____	_____
année	mois	jour
år	måned	dag

vérifiée
bekræftet

Date du mariage
Vielsesdato

_____	_____	_____
année	mois	jour
år	måned	dag

vérifiée
bekræftet

Date du divorce
Skilsmisstedato

_____	_____	_____
année	mois	jour
år	måned	dag

vérifiée
bekræftet

**Renseignements sur le conjoint survivant
Oplysninger om den efterlevende ægtefælle**

Date de naissance
Fødselsdato

vérifiée
bekræftet

_____	_____	_____
année	mois	jour
år	måned	dag

**Renseignements sur les enfants
Oplysninger om børnene**

Date de naissance
Fødselsdato

vérifiée
bekræftet

_____	_____	_____
année	mois	jour
år	måned	dag

_____	_____	_____
année	mois	jour
år	måned	dag

vérifiée
bekræftet

Date de naissance
Fødselsdato

vérifiée
bekræftet

_____	_____	_____
année	mois	jour
år	måned	dag

_____	_____	_____
année	mois	jour
år	måned	dag

vérifiée
bekræftet

*J'atteste que les données relatives à l'état civil inscrites sur la présente formule sont exactes.
Jeg erklærer herved, at oplysningerne i denne blanket om civilstand hidrører fra originale dokumenter, forevist af ansøgeren.*

Organisme de liaison danois
Afdelingens navn _____

Date
Dato _____

Signature
Underskrift _____

Nom, prénom et titre du fonctionnaire
Bemyndigede persons efternavn, fornavn og titel _____

Sceau
Segl

