

**ENTENTE QUÉBEC—FINLANDE
EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ SOCIALE
QUÉBEC—SUOMI
SOSIAALITURVASOPIMUSJÄRJESTELY**

Demande de prestations du Régime de rentes du Québec
Type de prestation(s) demandée(s) (cochez la case appropriée)
Haettavien etuuksien laji (rasti asianomaiseen ruutuun)

- RENTE DE RETRAITE (remplir les parties A, B et F)
VANHUUSELÄKE (täytä osat A, B, ja F)
- RENTES D'INVALIDITÉ ET D'ENFANT D'INVALIDE (remplir les parties A, C et F)
TYÖKYVYTTÖMYYSELÄKE JA TYÖKYVYTTÖMÄN HENKILÖN LAPSEN ELÄKE (täytä osat A, C ja F)
- RENTES DE CONJOINT SURVIVANT ET D'ORPHELIN (remplir les parties A, D et F)
ELOONJÄÄNEEN PUOLISON ELÄKE JA ORVONELÄKE (täytä osat A, D ja F)
- PRESTATION DE DÉCÈS (remplir les parties A, E et F)
HAUTAUSAVUSTUS (täytä osat A, E ja F)

Québec 

**Demande de prestations du Régime de rentes du Québec en vertu de
l'entente Québec—Finlande en matière de sécurité sociale
Quebecin—Suomen sosiaaliturvasopimusjärjestelyn perusteella Quebecin
työeläkejärjestelmän etuuksia koskeva hakemus**

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 contributions au Régime de rentes du Québec.

HUOMAUTUS: Tämän hakemuksen täyttää vakuutettu tai haettaessa perhe-eläkettä tai hautausavustusta, osapuoli, joka vaatii oikeutta etuuksiin.

Ilmaus "vakuutettu" tarkoittaa henkilöä, joka on suorittanut vakuutusmaksuja Quebecin työeläkejärjestelmään.

VEUILLEZ ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES
TEKSTÄÄ

PARTIE A RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LE COTISANT		
OSA A VAKUUTETTUA KOSKEVAT YLEISET TIEDOT		
<p>1. a)</p> <p><input type="checkbox"/> M./Herra</p> <p><input type="checkbox"/> Mme/Rouva</p> <p><input type="checkbox"/> Mlle/Neiti _____</p> <p style="font-size: small;">prénom et initiale du cotisant Vakuutetun etunimi ja etukirjaimet</p> <p>_____</p> <p style="font-size: small;">nom de famille du cotisant Vakuutetun sukunimi</p>	<p>b) Prénom et nom à la naissance s'ils sont différents de ceux paraissant ci-contre Etu- ja sukunimi syntyessä jos eri kuin edellä 1 a):ssa</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>2. N° d'assurance sociale du cotisant au Canada Vakuutetun sosiaalivakuutusnumero Karadassa</p> <p>_____</p> <p>N° d'assurance sociale en Finlande Suomen henkilötunnus</p> <p>_____</p>
<p>3. Adresse du cotisant Vakuutetun osoite</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		<p>Code postal Postinumero</p> <p>_____</p>
<p>4. Date de naissance du cotisant Vakuutetun syntymäaika</p> <p>_____</p> <p style="font-size: x-small;">année mois jour vuosi kuukausi päivä</p>	<p>5. Lieu de naissance du cotisant Vakuutetun syntymäpaikka</p> <p>_____</p> <p style="font-size: x-small;">ville ou village province, état ou territoire pays kaupunki osavaltio tai alue maa</p>	
<p>6. État civil du cotisant Vakuutetun sivilisääty</p> <p><input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> veuf ou <input type="checkbox"/> séparé(e) _____ <input type="checkbox"/> divorcé(e) _____ naimaton naimisissa veuve depuis le muuttanut erilleen depuis le eronnut milloin leski milloin _____ _____</p> <p style="font-size: x-small;">année mois année mois vuosi kuukausi vuosi kuukausi</p>		
<p>7. En quelle langue désirez-vous recevoir votre correspondance? Millä kielellä haluatte vastauskirjeen?</p> <p><input type="checkbox"/> en français <input type="checkbox"/> en anglais Ranskaksi Englanniksi</p>		
<p>8. Le cotisant reçoit-il ou a-t-il déjà reçu ou demandé des prestations en vertu: Saako vakuutettu tai onko hän koskaan saanut tai hakenut etuutta:</p> <p>DU RÉGIME DE RENTES DU QUÉBEC? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non QUEBECIN TYÖELÄKEJÄRJESTELMÄSTÄ? kyllä ei</p> <p>Si « oui », indiquez sous quel numéro d'assurance sociale au Canada: Jos "kyllä", millä Kanadan sosiaalivakuutusnumerolla?</p> <p>_____</p> <p>DU RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non KANADAN TYÖELÄKEJÄRJESTELMÄSTÄ? kyllä ei</p> <p>Si « oui », indiquez sous quel numéro d'assurance sociale au Canada: Jos "kyllä", millä Kanadan sosiaalivakuutusnumerolla?</p> <p>_____</p>		

9. Indiquez la dernière province de résidence du cotisant au Canada.
Vakuutetun viimeinen asuinosaavaltio Kanadassa. _____

10. Le cotisant a-t-il versé des contributions à un régime de sécurité sociale dans un pays autre que le Canada?
Onko vakuutettu koskaan maksanut sosiaaliturvamaksuja muun maan kuin Kanadan sosiaaliturvajärjestelmään?

oui non
kyllä ei

Si « oui », indiquez dans quel(s) pays:
Jos "kyllä", minkä maan tai maiden _____

11. Le cotisant a-t-il reçu, à son nom, des allocations familiales du Québec ou du Canada après le 1^{er} janvier 1966, pour des enfants nés après le 31 décembre 1958?
Onko vakuutettu saanut 1. tammikuuta 1966 jälkeen minään aikana nimellään Quebecin tai Kanadan perhe-etuuksia lapsesta, joka on syntynyt 31. joulukuuta 1958 jälkeen?

oui non
kyllä ei

Si « oui », donnez les renseignements demandés aux points 12 et 13.
Jos "kyllä", täyttäkää osastot 12 ja 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, des allocations familiales du Québec ou du Canada après le 1^{er} janvier 1966.
Merkitään etu- ja sukunimi ja syntymäaika jokaisesta 31. joulukuuta 1958 jälkeen syntyneestä lapsesta, josta vakuutettu on saanut nimellään Quebecin tai Kanadan perhe-etuuksia 1. tammikuuta 1966 jälkeen.

Prénom Etunimi	Nom de famille Sukunimi	Date de naissance Syntymäaika		
		année vuosi	mois kuukausi	jour päivä

Si l'espace est insuffisant, veuillez donner les renseignements requis sur une autre feuille.
Jollei tilaa ole riittävästi, lisätäkää erillinen sivu, johon merkitsette pyydetyt tiedot jokaisesta lapsesta.

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?
Oliko kenenkään 12 osastossa mainitun lapsen syntymän ja 7-vuotispäivän välillä kausia, jolloin vakuutetulle ei maksettu tästä lapsesta Quebecin eikä Kanadan perhe-etuuksia?

oui non
kyllä ei

Si « oui », inscrivez ci-dessous le prénom de l'enfant ainsi que la ou les périodes en question.
Jos "kyllä", merkitkää lapsen etunimi ja kysymyksessä oleva kausi.

Périodes pendant lesquelles aucune allocation du Québec ou du Canada n'a été versée au cotisant
Kausi, jolta mitään perhe-etuuksia ei maksettu vakuutetulle

Prénom de l'enfant Lapsen etunimi		année vuosi	mois kuukausi		année vuosi	mois kuukausi
	DE			À		
	MISTÄ			MIHIN		

Si l'espace est insuffisant, veuillez donner les renseignements requis sur une autre feuille.
Jollei tilaa ole riittävästi lisätäkää erillinen sivu, johon merkitsette pyydetyt tiedot jokaisesta lapsesta.

PARTIE B DEMANDE DE RENTE DE RETRAITE (La Partie A doit avoir été remplie.)**OSA B VANHUUSELÄKETTÄ KOSKEVA HAKEMUS (Varmistukaa, että olette täyttäneet osan A)**

1. Travaillez-vous encore? oui non Si « non », quand avez-vous cessé de travailler? année mois
Oletteko vielä työssä? kyllä ei Jos "ei", milloin lopetitte? vuosi kuukausi
2. Avez-vous cessé de travailler en raison de votre état de santé? oui non
Lopetitteko työnteon terveyttenne vuoksi? kyllä ei
3. Quand désirez-vous que le paiement de votre rente débute? le plus tôt possible
Milloin haluatte vanhuuseläkteenne maksamisen alkavan? niin pian kuin mahdollista
 plus tard, soit en année mois
myöhemmin vuosi kuukausi

PARTIE C DEMANDE DE RENTES D'INVALIDITÉ ET D'ENFANT D'INVALIDE (La Partie A doit avoir été remplie.)**OSA C TYÖKYVYTTÖMYSELÄKETTÄ JA TYÖKYVYTTÖMÄN HENKILÖN LAPSEN ELÄKETTÄ KOSKEVA HAKEMUS (Varmistukaa, että olette täyttäneet osan A)**

1. Date approximative du début de votre invalidité année mois
Työkyvyttömyyden arvioitu alkamisajankohta vuosi kuukausi
2. Avez-vous cessé complètement de travailler? oui Si « oui », depuis quand? année mois
Oletteko lopettanut työskentelyn kokonaan? kyllä Jos "kyllä", milloin lopetitte? vuosi kuukausi
- Pour quelles raisons?
Mistä syystä? _____
- non Si « non », travaillez-vous régulièrement? ou occasionnellement?
ei Jos "ei", työskentelettekö säännöllisesti? vai satunnaisesti?

3. Renseignements sur votre dernier emploi
Tietoja viimeisestä työstänne

Nom de votre dernier employeur Viimeinen työnantajanne	Veillez indiquer la période pendant laquelle vous avez occupé cet emploi: Työskentelyn kesto de <input type="checkbox"/> année <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> saakka <input type="checkbox"/> année <input type="checkbox"/> mois alkaen <input type="checkbox"/> vuosi <input type="checkbox"/> kuukausi
Quelle fonction exerçiez-vous? Mikä asema teillä oli?	Veillez décrire votre travail: Kuvaillkaa työtänne

- Cet emploi vous obligeait-il à travailler en plein air?
Oliko teidän työskenneltävä ulkona?

oui non
kyllä ei

- Pour quelle raison avez-vous quitté cet emploi?
Miksi lopetitte tämän työn?

4. Quel genre de travail avez-vous effectué antérieurement?
Millaista työtä teitte aikaisemmin?

- Veillez indiquer la période pendant laquelle vous avez effectué ce travail:
Työskentelyn kesto

de année mois saakka année mois
alkaen vuosi kuukausi

- Pour quelle raison avez-vous quitté cet emploi?
Miksi lopetitte tämän työn?

de année mois saakka année mois
alkaen vuosi kuukausi

de année mois saakka année mois
alkaen vuosi kuukausi

5. Possédez-vous une entreprise ou avez-vous des intérêts financiers dans une entreprise?
Omistatteko yrityksen tai onko teillä omaa yritystoimintaa?

oui non
kyllä ei

6. Êtes-vous dans un hôpital ou un établissement médical? oui non
Oletteko sairaalassa tai määrätty laitokseen? kyllä ei

Si « oui », précisez:

Jos "kyllä", kertokaa yksityiskohtia: nom de l'hôpital ou de l'établissement médical
sairaalan tai laitoksen nimi

adresse
osoite

7. Pouvez-vous vous déplacer normalement? oui non
Voitteko toimia suunnilleen normaalisti? kyllä ei

Si « non », expliquez:

Jos "ei", selvittäkää:

8. Quel médecin est le plus apte à renseigner la Régie des rentes du Québec sur votre invalidité?
Kuka lääkäri voi parhaiten antaa Quebecin eläkejärjestelmälle tiedot työkyvyttömyydestänne?

Nom du médecin
Lääkärin nimi

Adresse du médecin
Lääkärin osoite

9. Quel(s) autre(s) médecin(s) avez-vous consulté(s) au sujet de votre invalidité?
Kenen muun lääkärin luona olette ollut työkyvyttömyytenne vuoksi?

Date approximative
Arvioitu

année
vuosi

mois
kuukausi

Nom du médecin
Lääkärin nimi

Adresse du médecin
Lääkärin osoite

10. Dans quels établissements médicaux avez-vous été traité ou examiné?
Missä laitoksessa teitä on hoidettu tai tutkittu?

Date approximative
Arvioitu

année
vuosi

mois
kuukausi

Nom de l'établissement
Laitoksen nimi

Adresse de l'établissement
Laitoksen osoite

11. Nombre d'années de scolarité que vous avez terminées avec succès:
Kuinka monta vuotta olette käynyt koulua?

années
vuotta

12. Avez-vous des enfants célibataires âgés de moins de 18 ans ou âgés entre 18 et 25 ans, qui sont encore aux études ou qui ne les ont pas abandonnées définitivement?

Onko teillä alle 18-vuotiaita naimattomia lapsia tai 18-25-vuotiaita lapsia, jotka vielä käyvät koulua tai eivät ole lopullisesti päättäneet opintojaan?

oui non
kyllä ei

Si « oui », veuillez remplir les espaces ci-dessous:
Jos "kyllä", täyttäkää seuraava osasto:

Prénom de l'enfant Lapsen etunimi	Nom de famille s'il est différent du vôtre Lapsen sukunimi (jos eri kuin teidän)	Sexe Sukupuoli	Date de naissance Syntymäaika			Adresse de l'enfant si elle diffère de la vôtre Lapsen osoite (jos eri kuin teidän)
			<small>année vuosi</small>	<small>mois kuukausi</small>	<small>jour päivä</small>	

Si l'espace est insuffisant, veuillez donner les renseignements requis sur une autre feuille.

Jollei tilaa ole riittävästi, lisätäkää erillinen sivu, johon merkitsette pyydetyt tiedot jokaisesta lapsesta.

13. Parmi les enfants que vous avez nommés au point 12, y en a-t-il qui reçoivent déjà une rente d'orphelin ou une rente d'enfant d'invalidé en vertu du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada?

Saako kukaan 12 osastossa mainituista lapsista ja Quebecin työeläkejärjestelmän tai Kanadan työeläkejärjestelmän mukaista orvoneläkettä tai työkyvyttömän henkilön lapsen eläkettä?

oui non
kyllä ei

Si « oui », indiquez sous quel numéro d'assurance sociale au Canada:

Jos "kyllä", millä Kanadan sosiaalivakuutusnumerolla

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

14. Renseignements sur la personne qui fait la demande au nom de la personne invalide
Tietoja henkilöstä, joka täyttää hakemuksen työkyvyttömän henkilön puolesta

M./Herra

Mme/Rouva

Mlle/Neiti

prénom
etunimi

nom de famille
sukunimi

lien de parenté avec la personne invalide
suhde työkyvyttömään henkilöön

Adresse
Osoite

code postal
postinumero

Veillez nous fournir un rapport médical avec la demande de rente d'invalidité.
Liittäkää lääkärintodistus työkyvyttömän henkilön hakemukseen.

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

(La Partie A doit avoir été remplie.)

OSA D ELOONJÄÄNEEN LESKEN ELÄKETTÄ JA ORVONELÄKETTÄ KOSKEVA HAKEMUS
(Varmistukaa, että olette täyttänyt osan A)

Renseignements sur la personne décédée
Vainajaa koskevia tietoja

1. a) Date de son décès
Kuolinpäivä

_____ | _____ | _____
année mois jour
vuosi kuukausi päivä

b) Lieu du décès
kuolinpaikka

_____ | _____ | _____
ville ou village
kaupunki

_____ | _____ | _____
province, état ou territoire
osavaltio tai alue

_____ | _____
pays
maa

2. Renseignements sur le conjoint survivant
Tietoja eloonjääneestä puolisoista

M./Herra

Mme/Rouva

Mlle/Neiti

prénom, et nom de famille que vous utilisez actuellement/etunimi ja nyt käyttämäne sukunimet

3. Vos prénom et nom de famille à la naissance
Etu- ja sukunimenne syntyessänne

les mêmes, ou:
sama tai _____

4. Votre numéro d'assurance sociale au Canada
Sosiaalivakuutusnumeronne Kanadassa

_____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____

5. Adresse de votre domicile permanent à la date du décès du cotisant
Vakituisen asuinpaikkanne osoite vakuutetun kuollessa

code postal/postinumero

6. Votre adresse actuelle, si elle est différente de celle paraissant au point 5
Nykyinen osoitteenne (jos eri kuin osastoon 5 merkitsemänne)

code postal/postinumero

7. Votre date de naissance
Syntymäaikanne

_____ | _____ | _____
année mois jour
vuosi kuukausi päivä

8. Votre lieu de naissance
Syntymäpaikkanne

_____ | _____ | _____
ville ou village
kaupunki

_____ | _____ | _____
province, état ou territoire
osavaltio tai alue

_____ | _____
pays
maa

9. a) Étiez-vous marié(e) avec le cotisant au moment de son décès? oui non
 Olitteko naimisissa vakuutetun kanssa hänen kuollessaan? kyllä ei

Si « oui », inscrivez la date du mariage:
 Jos "kyllä", avioliiton solmimispäivä

_____	_____	_____
année	mois	jour
vuosi	kuukausi	päivä

Si « non », depuis quand viviez-vous avec le cotisant?
 Jos "ei", mistä lähtien asuitte vakuutetun kanssa?

_____	_____	_____
année	mois	jour
vuosi	kuukausi	päivä

- b) Un enfant est-il né de votre union avec le cotisant? oui/kyllä non/ei
 Onko teillä vakuutetun kanssa yhteisiä lapsia?

- c) Étiez-vous marié(e) à une autre personne? oui/kyllä non/ei
 Olitteko naimisissa toisen henkilön kanssa hänen kuollessaan?

- d) Le cotisant était-il marié à une autre personne au moment de son décès? oui/kyllä non/ei
 Oliko vakuutettu kuollessaan naimisissa toisen henkilön kanssa?

10. Étiez-vous invalide au moment du décès du cotisant? oui non
 Olitteko työkyvytön vakuutetun kuollessa? kyllä ei

ou/tai

Aviez-vous un enfant invalide?
 Oliko teillä vammaisen lapsi?

oui non
 kyllä ei

11. Recevez-vous une prestation en vertu:
 Saatteko etuuksia:

DU RÉGIME DE RENTES DU QUÉBEC?
 QUEBECIN TYÖELÄKEJÄRJESTELMÄSTÄ? oui non
 kyllä ei

Si « oui », indiquez sous quel numéro d'assurance sociale au Canada:
 Jos "kyllä", millä Kanadan sosiaalivakuutusnumerolla?

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

DU RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA?
 KANADAN TYÖELÄKEJÄRJESTELMÄSTÄ? oui non
 kyllä ei

Si « oui », indiquez sous quel numéro d'assurance sociale au Canada:
 Jos "kyllä", millä Kanadan sosiaalivakuutusnumerolla?

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

12. Le cotisant décédé avait-il des enfants célibataires âgés de moins de 18 ans ou âgés entre 18 et 25 ans, qui étaient encore aux études ou qui ne les avaient pas abandonnées définitivement?
 Oliko vakuutetulla alle 18-vuotiaita naimattomia lapsia tai 18-25-vuotiaita lapsia, jotka vielä käyvät koulua tai eivät ole lopullisesti päättäneet opintojaan?

oui non Si « oui », veuillez remplir les espaces ci-dessous:
 kyllä ei Jos "kyllä", täyttäkää seuraava osasto:

Prénom de l'enfant Lapsen etunimi	Nom de famille s'il est différent de celui de la personne décédée Lapsen sukunimi (jos eri kuin vainajan)	Sexe Sukupuoli	Date de naissance Syntymäaika			Adresse de l'enfant si elle diffère de celle de la personne décédée. Lapsen osoite (jos eri kuin vainajan)
			année vuosi	mois kuukausi	jour päivä	

Si l'espace est insuffisant, veuillez donner les renseignements requis sur une autre feuille.
 Jos tilaa ei ole riittävästi, lisätäkää erillinen sivu, johon merkitsette pyydytyt tiedot jokaisesta lapsesta.

13. Parmi les enfants dont le nom est inscrit au point 12, y en a-t-il qui reçoivent ou ont déjà reçu une rente d'orphelin ou une rente d'enfant d'invalidé en vertu du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada?

Saako kukaan 12 osastossa mainituista lapsista jo Québecin työeläkejärjestelmän tai Kanadan työeläkejärjestelmän mukaista orvoneläkettä tai työkyvyttömän henkilön lapsen eläkettä?

oui
kyllä non
ei

Si « oui », indiquez sous quel numéro d'assurance sociale au Canada:
Jos "kyllä", millä Kanadan sosiaalivakuutusnumerolla?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

14. La personne qui signe la demande est-elle le conjoint survivant? oui non
Onko hakemuksen allekirjoittava henkilö eloonjäänyt puoliso? kyllä ei

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

Renseignements sur la personne qui fait la demande au nom du conjoint survivant
Tietoja henkilöstä, joka täyttää hakemuksen eloonjääneen puolison puolesta

M./Herra
 Mme/Rouva
 Mlle/Neiti

prénom
etunimi

nom de famille
sukunimi

Adresse
Osoite

code postal
postinnumero

PARTIE E DEMANDE DE PRESTATION DE DÉCÈS (La Partie A doit avoir été remplie.)

OSA E HAUTAUSAVUSTUSTA KOSKEVA HAKEMUS (Varmistukaa, että olette täyttäneet osan A)

Renseignements sur la personne décédée
Vainajaa koskevia tietoja

1. a) Date du décès du cotisant
Vakuutetun kuolinpäivä

année vuosi	mois kuukausi	jour päivä							

b) Lieu du décès
kuolinpaikka

ville ou village
kaupunki

province, état ou territoire
osavaltio tai alue

pays
maa

2. Renseignements sur la personne qui demande la prestation de décès
Tietoja henkilöstä, joka hakee hautausavustusta

a) M./Herra
 Mme/Rouva
 Mlle/Neiti

votre prénom
etunimenne

votre nom de famille
sukunimenne

b) Votre adresse
Osoiteenne

code postal/postinnumero

c) À quel titre demandez-vous la prestation de décès?
Missä ominaisuudessa haette hautausavustusta?

Conjoint légitime
Laillinen puoliso (nais- tai miesleski)

Héritier. Précisez le lien de parenté:
Perillinen (täsmennä suhde) _____

Exécuteur testamentaire
Testamentin toimeenpanija

Personne qui a payé les frais funéraires
Hautauskulut maksanut henkilö

Autre. Précisez:
Muu (täsmennä) _____

**PARTIE F DÉCLARATION DE LA PERSONNE
QUI FAIT LA DEMANDE**
OSA F HAKIJAN ILMOITUS

**AUTORISATION À DIVULGUER DE
L'INFORMATION MÉDICALE**
**VALTUUTUS ANTAA LÄÄKETIETEELLISIÄ
TIETOJA**

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. 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.

Haen täten Quebecin työeläkejärjestelmästä tämän hakemuksen mukaisia etuuksia. Ilmoitan, että käsitykseni mukaan tässä annetut tiedot ovat oikeita ja täydellisiä ja sitoudun ilmoittamaan Quebecin työeläkejärjestelmälle kaikista muutoksista, jotka saattavat vaikuttaa etuuksia koskevaan oikeuteen.

Lisäksi valtuutan Quebecin työeläkejärjestelmän ja kulttuuriyhteistyö- ja maahanmuuttoministeriön sopimusjärjestelyjä toimeenpanevan sihteeristön luovuttamaan asianomaiselle laitokselle kaikki hakemuksen käsittelyssä tarvittavat tiedot, lukuunottamatta työtuloja ja Quebecin työeläkejärjestelmälle maksettuja vakuutusmaksuja koskevia tietoja.

Signature:
Allekirjoitus: _____

Date:
Päiväys: _____

J'autorise l'institution compétente de la Finlande à transmettre à l'institution compétente du Québec l'information sur mon état de santé et tout autre information requise pour l'étude de ma demande.

Valtuutan täten asianomaisen suomalaisen vakuutuslaitoksen antamaan Quebecin asianomaiselle vakuutuslaitokselle terveydentilaani koskevia tietoja ja muita hakemukseni käsittelyssä tarvittavia tietoja.

Signature:
Allekirjoitus: _____

Date:
Päiväys: _____

**Déclaration du témoin lorsque la personne
qui fait la demande signe d'une croix (X).**
**Todistajan ilmoitus, jos hakija on
allekirjoittanut merkitsemällä ristin (X)**

J'ai lu le contenu de la présente demande à la personne qui fait la demande; elle a semblé le comprendre et elle a signé d'une croix (X).

Olen lukenut tämän hakemuksen hakijalle, joka näyttää ymmärtävän sisällön ja allekirjoitti merkitsemällä ristin (X).

Signature du témoin:
Todistajan allekirjoitus: _____

Adresse du témoin:
Todistajan osoite: _____

code postal/Postinumero _____

Date:
Päiväys: _____

**AUTORISATION À DIVULGUER LE MONTANT DE RENTE VERSÉ PAR LA RÉGIE
DES RENTES DU QUÉBEC (facultatif pour le traitement de la demande)**
**VALTUUTUS ILMOITAA QUEBECIN TYÖELÄKEJÄRJESTELMÄN MAKSAMAN ELÄKKEEN
MÄÄRÄ (valinnainen hakemuksen käsittelyä varten)**

Par la présente, j'autorise la Régie des rentes du Québec à communiquer à l'institution finlandaise compétente, directement ou par l'entremise du Secrétariat de l'administration des ententes de sécurité sociale, le montant et la date du début de toute prestation qui m'est ou me sera payée par la Régie des rentes du Québec.

Je suis conscient(e) que la législation de la Finlande permet de réduire le montant de la prestation finlandaise lorsqu'une prestation est versée par un autre pays.

Je suis conscient(e) également que le refus de signer la présente autorisation ne m'empêche pas de présenter une demande de prestation payable par l'institution compétente de la Finlande.

Valtuutan täten Quebecin työeläkejärjestelmän ilmoittamaan suomalaiselle asianomaiselle vakuutuslaitokselle, suoraan tai sopimusjärjestelyjä toimeenpanevan sihteeristön välityksellä, minkä tahansa Quebecin työeläkejärjestelmän minulle maksaman tai tulevaisuudessa maksettavan eläkkeen määrän ja hakemispäivän.

Olen tietoinen siitä, että Suomen lainsäädäntö antaa mahdollisuuden vähentää suomalaista eläkettä, kun etuuksia maksetaan toisesta maasta. Olen myös täysin tietoinen siitä, että kieläytyminen allekirjoittamasta tätä valtuutusta ei missään tapauksessa estä minua jättämästä suomalaisen asianomaisen vakuutuslaitoksen maksamia etuuksia koskevaa hakemusta.

Signature:
Allekirjoitus: _____

Date:
Päiväys: _____

**PARTIE À ÊTRE REMPLIE PAR L'INSTITUT D'ASSURANCE SOCIALE DE LA FINLANDE
SUOMEN KANSANELÄKELAITOS TÄYTTÄÄ**

La demande a été reçue le:
Hakemuksen vastaanottopäivä:

_____	_____	_____
année	mois	jour
vuosi	kuukausi	päivä

**Renseignements sur le cotisant
Vakuutettua koskevia tietoja**

Date de naissance
Syntymäaika

_____	_____	_____
année	mois	jour
vuosi	kuukausi	päivä

vérifiée
vahvistettu

Date du décès
Kuolinpäivä

_____	_____	_____
année	mois	jour
vuosi	kuukausi	päivä

vérifiée
vahvistettu

Date du mariage
Avioliiton solmimispäivä

_____	_____	_____
année	mois	jour
vuosi	kuukausi	päivä

vérifiée
vahvistettu

Date du divorce
Avioeropäivä

_____	_____	_____
année	mois	jour
vuosi	kuukausi	päivä

vérifiée
vahvistettu

**Renseignements sur le conjoint survivant
Eloonjäänyttä puolisoa koskevia tietoja**

Date de naissance
Syntymäaika

_____	_____	_____
année	mois	jour
vuosi	kuukausi	päivä

vérifiée
vahvistettu

**Renseignements sur les enfants
Lapsia koskevia tietoja**

Date de naissance
Syntymäaika

_____	_____	_____
année	mois	jour
vuosi	kuukausi	päivä

vérifiée
vahvistettu

Date de naissance
Syntymäaika

_____	_____	_____
année	mois	jour
vuosi	kuukausi	päivä

vérifiée
vahvistettu

_____	_____	_____
année	mois	jour
vuosi	kuukausi	päivä

vérifiée
vahvistettu

_____	_____	_____
année	mois	jour
vuosi	kuukausi	päivä

vérifiée
vahvistettu

*J'atteste que les données relatives à l'état civil inscrites sur la présente formule sont exactes.
Ilmoitan täten, että tässä lomakkeessa annettu siviilisäätyä koskeva tieto on oikea.*

Organisme de liaison finlandais:
Osaston täydellinen nimi: _____

Date:
Päiväys: _____

Signature:
Allekirjoitus: _____

Nom, prénom et titre du fonctionnaire:

Vakuutetun henkilön sukunimi, etunimi ja ammatti: _____

Sceau
Leima

