

**QUESTIONNAIRE FOR DISABILITY BENEFITS  
CANADA PENSION PLAN**

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

**KWESTIONARIUSZ DOTYCZĄCY ŚWIADCZEŃ  
INWALIDZKICH Z SYSTEMU RENTOWEGO KANADY**

1	Given Name and Initial Imię i inicjał	Family Name Nazwisko	Canadian Social Insurance Number Numer ubezpieczenia społecznego w Kanadzie
---	--	-------------------------	--

**EDUCATION - NAUKA**

2	What was the highest grade you completed in school? Na jakim najwyższym poziomie ukończyłeś naukę?	Have you attended college or university? Uczęszczałeś do szkoły średniej lub do szkoły wyższej ? <input type="checkbox"/> Yes / Tak <b>If yes, indicate number of years and/or diploma/degree obtained.</b> <b>Jeżeli tak, podać liczbę lat nauki i/lub otrzymanie dyplomu.</b> <input type="checkbox"/> No / Nie
---	---	---

3	Have you ever been involved in any technical, trade, or on the job training? Czy zdobyłeś wykształcenie techniczne, handlowe lub kształciłeś się podczas zatrudnienia ?	<input type="checkbox"/> Yes / Tak <b>If yes, provide the following details:</b> <b>Jeżeli tak, podać następujące informacje:</b>
	Dates / Daty	Type of program / Rodzaj programu
	_____	_____
	_____	_____
		Certificate obtained / Otrzymany certyfikat
		_____

**WORK HISTORY (BE SURE TO INCLUDE WORK DONE IN CANADA AND/OR OTHER COUNTRIES)  
PRZEBIEG PRACY ZAWODOWEJ (PODAĆ INFORMACJE O ZATRUDNIENIU WYKONYWANYM W KANADZIE  
I/LUB ZA GRANICĄ)**

**EMPLOYEE - PRACOWNIK**

4	Have you stopped working completely? Czy całkowicie zaprzestałeś pracować ? <input type="checkbox"/> Yes, go to question 5. Tak, przejść do punktu 5. <input type="checkbox"/> No, provide the following information: Nie, podać następujące informacje:	Type of Work / Charakter zatrudnienia <input type="checkbox"/> Full-time w pełnym wymiarze czasu <input type="checkbox"/> Part-time w niepełnym wymiarze czasu <input type="checkbox"/> Volunteer wolontariat <input type="checkbox"/> Seasonal sezonowy
---	---	--

Number of hours per day Liczba godzin dziennie	Number of days per week Liczba dni tygodniowo	If seasonal, explain period(s) of work. Jeżeli była to praca sezonowa, podać okres/y pracy.	Salary per hour Stawka godzinowa	/or per day /lub dzienna	/or per year /lub roczna

5	If you have stopped working completely, provide the following information: Jeżeli całkowicie zaprzestałeś pracować, podaj następujące informacje:	What kind of work did you do in your most recent job? Jaki był charakter pracy podczas ostatniego zatrudnienia ?
---	--	---

Why did you stop working? Z jakiego powodu zaprzestałeś pracować ?	Date employment started Data rozpoczęcia pracy Year    Month    Day Rok    Miesiąc    Dzień	<b>Last day on the job</b> <b>Data zakończenia pracy</b> Year    Month    Day Rok    Miesiąc    Dzień
---	--	--

6	Name and full address of your present or most recent employer. Nazwa i pełny adres aktualnego lub ostatniego pracodawcy.
---	---

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.

**SELF - EMPLOYED - OSOBA PRACUJĄCA NA WŁASNY RACHUNEK**

7 If you are or were self-employed, provide the following information:  
Jeżeli pracujesz lub pracowałeś na własny rachunek, podaj następujące informacje:

a) Date business started.                      Year      Month      Day  
Data rozpoczęcia działalności              Rok      Miesiąc      Dzień

\_\_\_\_\_                      Year      Month      Day  
   Rok      Miesiąc      Dzień

b) When did you actually stop working in the business?  
Kiedy faktycznie zaprzestałeś prowadzenia działalności?

c) Why did you stop working in the business?  
Z jakiego powodu zaprzestałeś prowadzenia działalności?

d) Describe the business operation.  
Opisz rodzaj prowadzonej działalności.

e) What was your involvement with the business?  
Jakie było twoje uczestnictwo w tej działalności?

f) Are you involved in the business in any way at the present time?  
Czy obecnie w jakikolwiek sposób uczestniczysz w tej działalności?

**Yes**, explain your present involvement.  
**Tak**, opisz, jaką pełnisz obecnie funkcję.

**No**, provide the following information:  
**Nie**, podaj następujące informacje:

Indicate what disposition has been made for the business:  
Co stało się z przedsiębiorstwem:

Date of disposition  
Data cesji:

Year      Month      Day  
Rok      Miesiąc      Dzień

sold               rented               profit sharing  
Sprzedane      Wynajęte              Udział w zyskach

If **no disposition** has been made of the business, how does it operate now and what arrangements are you contemplating in the future?  
Jeżeli przedsiębiorstwo **nie było przedmiotem cesji**, jak funkcjonuje obecnie i jakie działania zamierzasz podjąć na przyszłość ?

g) What was the last year that an income tax return on the operation of the business was filed in your name?  
Którego roku dotyczy ostatnia deklaracja o dochodach przedsiębiorstwa sporządzona na Twoje nazwisko ?

h) Will you declare yourself a self-employed person for income tax purposes this year?  
Czy w obecnym roku składasz deklarację dotyczącą podatku dochodowego jako pracownik niezależny ?

Yes / Tak       No / Nie

Canadian Social Insurance Number  
Numer ubezpieczenia społecznego w Kanadzie

### OTHER WORK HISTORY - INNE ZATRUDNIENIE

IF THERE IS INSUFFICIENT SPACE TO LIST ALL YOUR OTHER TYPES OF WORK, USE THE SPACE AT THE END OF THIS QUESTIONNAIRE.  
JEŻELI DLA WYMIENIENIA WSZYSTKICH RODZAJÓW WYKONYWANEGO ZATRUDNIENIA NIE WYSTARCZY MIEJSCA, NALEŻY WYKORZYSTAĆ POLE NA KOŃCU KWESTIONARIUSZA.

8 In the past two years, did you do **any other work** in addition to your main job (such as part-time farming, night or other employment)? - Czy w czasie ostatnich dwóch lat wykonywałeś **inną pracę** oprócz podstawowego zatrudnienia (np. praca w rolnictwie w niepełnym wymiarze, praca na nocną zmianę lub inne zatrudnienie) ?

- Yes / Tak **If yes**, provide the following details:  
**Jeżeli tak**, podać następujące informacje:
- No / Nie

Type of work Rodzaj pracy	Number of hours per day Liczba godzin pracy dziennie	Number of hours per week Liczba godzin pracy tygodniowo	Work started Data rozpoczęcia pracy			Last day on the job Data zakończenia pracy		
			Year Rok	Month Miesiąc	Day Dzień	Year Rok	Month Miesiąc	Day Dzień

Name and full address of employer  
Nazwa i pełen adres pracodawcy

9 Have you done **any other type of work** in the last five years?  
Czy w czasie ostatnich pięciu lat wykonywałeś **inny rodzaj pracy**?

- Yes / Tak **If yes**, list the type of work and the dates.  
**Jeżeli tak**, podać rodzaj pracy i daty.
- No / Nie

From / Od			To / Do		
Year Rok	Month Miesiąc	Day Dzień	Year Rok	Month Miesiąc	Day Dzień

10 Because of your medical condition, did you have to do a lighter job or a different type of work?  
Czy ze względu na stan zdrowia, jesteś zmuszony wykonywać czynności wymagające mniej wysiłku lub wykonywać inny rodzaj pracy ?

- Yes / Tak **If yes**, please describe.  
**Jeżeli tak**, dołączyć opis.
- No / Nie

11 Has your physician told you when you can return to work?  
Czy lekarz określił, od kiedy możesz wrócić do pracy ?

- Yes / Tak **If yes**, give the date:  
**Jeżeli tak**, podać datę:
- No / Nie
- Year / Rok      Month / Miesiąc

12 Do you plan to return to work or seek work in the near future?  
Czy planujesz powrót do pracy lub poszukiwanie pracy w najbliższym czasie ?

- Yes / Tak **If yes**, answer **one** of the following questions:  
**Jeżeli tak**, odpowiedz na **jedno** z następujących pytań:
- No / Nie

a) The date you plan to **return** to your former employer/employment.  
Data, od której planujesz **powrót** do dawnego zatrudnienia.

Year/Rok      Month/Miesiąc

\_\_\_\_\_

Year/Rok      Month/Miesiąc

b) The date you will **start** a new job.  
Data **rozpoczęcia** nowego zatrudnienia.

\_\_\_\_\_

Year/Rok      Month/Miesiąc

c) The date you plan to start **looking** for work.  
Data, od której planujesz rozpocząć **poszukiwanie** pracy

\_\_\_\_\_

Canadian Social Insurance Number  
Numer ubezpieczenia społecznego w Kanadzie

## OTHER BENEFITS - INNE ŚWIADCZENIA

13 If you are receiving any form of accident or illness/disability benefits, state the name of the insurance company.  
Jeżeli otrzymujesz już jakiegokolwiek zasiłki chorobowe lub inwalidzkie lub też z ubezpieczenia wypadkowego, podaj nazwę instytucji ubezpieczeniowej.

14 If any of your health problems are covered by Provincial workers' compensation benefits, provide details in each case.  
Jeżeli w związku z problemami zdrowotnymi otrzymujesz zasiłki z tytułu wypadku przy pracy, należy podać bliższe informacje.

Claim Number  
Numer wniosku

Province or Territory  
Prowincja lub terytorium

Year  
Rok

Injury  
Obrażenia

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

State type of benefit you now receive.  
Podać rodzaj otrzymywanych świadczeń.

Percentage of pension awarded.  
Wskaźnik procentowy przyznanej renty.

15 Have you received regular Employment Insurance benefits in the last two years?  
Czy w czasie ostatnich dwóch lat otrzymałeś świadczenia z ubezpieczenia z tytułu zatrudnienia ?

- Yes / Tak    **If yes, give the dates:**  
**Jeżeli tak, podać daty:**
- No / Nie

From Od	Year Rok	Month Miesiąc	Day Dzień	To Do	Year Rok	Month Miesiąc	Day Dzień
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

## MEDICAL INFORMATION - INFORMACJE MEDYCZNE

16 When could you no longer work because of your medical condition?  
Od jakiej daty wystąpiła niezdolność do pracy z powodu stanu zdrowia ?

Year  
Rok

Month  
Miesiąc

Day  
Dzień

17 Height - Wzrost

Weight - Waga

Right-handed  
Praworęczny

Left-handed  
Leworęczny

18 State the illnesses or impairments that prevent you from working. If you do not know the medical names, describe in your own words.  
Wymień choroby lub dolegliwości, które utrudniają wykonywanie pracy. Jeżeli nie znasz medycznych terminów, podaj opis własnymi słowami.

19 Describe how these illnesses or impairments prevent you from working.  
Wyjaśnij, w jaki sposób te choroby lub dolegliwości utrudniają wykonywanie pracy.

20 If you have other health-related conditions or impairments, please describe them.  
Opisz, jeżeli cierpisz na inne problemy zdrowotne lub masz inne dolegliwości.

21 If you had to stop other activities (such as hobbies, sports or volunteer work), please explain and give dates activities ceased.  
Jeżeli musiałeś zrezygnować z innych zajęć (jak rozrywki, sport lub dobrowolne zajęcia), wyjaśnij oraz podaj daty zakończenia tych zajęć.

22 Explain any difficulties/functional limitations you have with the following:  
Opisz trudności i ograniczenia czynnościowe występujące podczas wykonywania następujących czynności :

Sitting/Standing (How long?)  
Siedzenie/ stanie (ile czasu ?)

Seeing/Hearing  
Patrzeć/ słuchanie

Walking (How long and how far?)  
Chodzenie (jak długo i na jaką odległość ?)

Speaking  
Mówienie

Lifting/Carrying (How much and how far?)  
Podnoszenie/przenoszenie przedmiotów (ile i na jaką odległość ?)

Remembering  
Przypominanie sobie

Reaching  
Wyciąganie ramion

Concentrating  
Koncentrowanie się

Bending (How much?)  
Pochylanie się (w jakim stopniu ?)

Sleeping  
Spanie

Canadian Social Insurance Number  
Numer ubezpieczenia społecznego w Kanadzie

Personal needs (Eating, washing hair, dressing, etc.) Potrzeby osobiste (jedzenie, mycie włosów, ubieranie się, itd.)	Breathing Oddychanie
Bowel and bladder habits Problemy z trawieniem i wypróżnianiem się	Driving a car (How long?) Prowadzenie samochodu (jak długo ?)
Household maintenance (Cooking, cleaning, shopping and similar activities) Prace domowe (gotowanie, sprzątanie, zakupy i podobne czynności)	Using public transportation Korzystanie ze środków masowego transportu

### INFORMATION ABOUT YOUR PHYSICIANS INFORMACJE O TWOICH LEKARZACH

23 Provide the following information about the physician who will be completing your medical report.  
Należy podać następujące informacje dotyczące lekarza, który będzie wypełniał raport lekarski.

Physician's Full Name  
Pełne nazwisko lekarza

Family Physician  
Lekarz rodzinny

Specialist (Please specify)  
Specjalista (proszę sprecyzować)

Address  
Adres

City  
Miasto

Province or Territory  
Prowincja lub terytorium

Country (If other than Canada)  
Państwo - jeżeli nie jest to Kanada

Postal Code  
Kod pocztowy

Telephone Number  
Numer telefonu

( ) -

When did you first see this physician?  
Kiedy miałeś pierwszą konsultację u tego lekarza ?

Year  
Rok

Month  
Miesiąc

When was your last visit?  
Jaka jest data ostatniej wizyty ?

Year  
Rok

Month  
Miesiąc

What were the reasons for your visits?  
Jakie były powody wizyt ?

Canadian Social Insurance Number  
Numer ubezpieczenia społecznego w Kanadzie

24 List all other physicians you have seen in the last two years (space for two physicians is provided). If there is insufficient space to list all of your physicians, use the space at the end of this questionnaire.  
Sporządź listę wszystkich lekarzy, z którymi konsultowałeś się w ciągu dwóch ostatnich lat (przeznaczone w tym celu pole pozwala na wpisanie informacji o dwóch lekarzach). Jeżeli nie wystarczy miejsca na wymienienie wszystkich lekarzy, należy wykorzystać pole na końcu kwestionariusza.

a) Physician's Full Name Pełne nazwisko lekarza		Specialty Specjalizacja			
Address Adres		City Miasto			
Province or Territory Prowincja lub terytorium	Country (If other than Canada) Państwo - jeżeli nie jest to Kanada	Postal Code Kod pocztowy	Telephone Number Numer telefonu (    )    -		
When did you first see this physician? Kiedy miałeś pierwszą konsultację u tego lekarza ?	Year Rok	Month Miesiąc	When was your last visit? Jaka jest data ostatniej wizyty ?	Year Rok	Month Miesiąc

Were your visits related to your present medical condition?  
Czy wizyty miały powiązanie z obecnym stanem zdrowia ?

Yes / Tak      **If yes, explain the reasons for your visits.  
Jeżeli tak, podać przyczyny wizyt.**

No / Nie

b) Physician's Full Name Pełne nazwisko lekarza		Specialty Specjalizacja			
Address Adres		City Miasto			
Province or Territory Prowincja lub terytorium	Country (If other than Canada) Państwo - jeżeli nie jest to Kanada	Postal Code Kod pocztowy	Telephone Number Numer telefonu (    )    -		
When did you first see this physician? Kiedy miałeś pierwszą konsultację u tego lekarza ?	Year Rok	Month Miesiąc	When was your last visit? Jaka jest data ostatniej wizyty ?	Year Rok	Month Miesiąc

Were your visits related to your present medical condition?  
Czy wizyty miały powiązanie z obecnym stanem zdrowia ?

Yes / Tak      **If yes, explain the reasons for your visits.  
Jeżeli tak, podać przyczyny wizyt.**

No / Nie

## HOSPITALIZATION - POBYTY W SZPITALU

25 If you have been admitted to hospital in the last two years, please provide the following information. Space for two hospitals is provided. If there is insufficient space to list all of the hospitals, use the space at the end of this questionnaire.  
Jeżeli w ciągu dwóch ostatnich lat przebywałeś w szpitalu, należy podać następujące informacje. Jeżeli nie wystarczy miejsca na wymienienie wszystkich szpitali, należy wykorzystać pole na końcu kwestionariusza.

a) Name of hospital Mailing address (No., Street, Apt., P.O. Box, R.R.)  
Nazwa szpitala Adres pocztowy (ulica i nr domu, nr mieszkania, skrytka pocztowa, R.R.)

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

Date admitted Data przyjęcia	Year Rok	Month Miesiąc	Day Dzień	Date discharged Data wypisu	Year Rok	Month Miesiąc	Day Dzień
---------------------------------	-------------	------------------	--------------	--------------------------------	-------------	------------------	--------------

Name of attending physician  
Nazwisko lekarza prowadzącego

Reason for admission and type of treatment  
Powód przyjęcia i rodzaj leczenia

b) Name of hospital Mailing address (No., Street, Apt., P.O. Box, R.R.)  
Nazwa szpitala Adres pocztowy (ulica i nr domu, nr mieszkania, skrytka pocztowa, R.R.)

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

Date admitted Data przyjęcia	Year Rok	Month Miesiąc	Day Dzień	Date discharged Data wypisu	Year Rok	Month Miesiąc	Day Dzień
---------------------------------	-------------	------------------	--------------	--------------------------------	-------------	------------------	--------------

Name of attending physician  
Nazwisko lekarza prowadzącego

Reason for admission and type of treatment  
Powód przyjęcia i rodzaj leczenia

## MEDICATION AND TREATMENT - LEKI I PRZEBIEG LECZENIA

26 List any medication you now take.  
Wymień leki, które obecnie zażywasz.

Name of medication Nazwa leku	Dosage Dawka	How often Jak często
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



Canadian Social Insurance Number  
Numer ubezpieczenia społecznego w Kanadzie

27 Describe other treatment you receive (such as counselling, physiotherapy).  
Opisz inne leczenie (konsultacje, fizykoterapia)

28 If future treatments or medical tests are planned, please explain, giving dates.  
Opisz i podaj daty, jeżeli są przewidziane inne zabiegi lub badania lekarskie.

29 List any medical devices you use (such as crutches, cane, artificial limb, splints, braces, wheelchair, hearing aid, heart pacemaker, ostomy apparatus).  
Opisz używany sprzęt medyczny (np. kule, laska, protezy, łubki, szyny ortopedyczne, wózek inwalidzki, aparat słuchowy, rozrusznik serca, sprzęt stomijny).

### VOCATIONAL REHABILITATION PRZEKWALIFIKOWANIE ZAWODOWE

30 If considered suitable, would you consent to a vocational rehabilitation assessment?  
Jeżeli zostanie uznane, że jesteś odpowiednim kandydatem, czy zgodzisz się wziąć udział w programie przekwalifikowania zawodowego ?

Yes / Tak **If no, please explain.**  
 No / Nie **Jeżeli nie, należy wyjaśnić.**

31 Are you presently or have you ever been involved in a rehabilitation program?  
Czy bierzesz już udział w programie przekwalifikowania zawodowego ?

Yes / Tak **If yes, please provide details.**  
 No / Nie **Jeżeli tak, podaj informacje.**

### DECLARATION AND SIGNATURE - OŚWIADCZENIE I PODPIS

I understand that it is an offence to make a false or misleading statement in an application for benefits.

I realize that my personal information is governed by the *Privacy Act* and it can be disclosed where authorized under the Canada Pension Plan.

I agree to notify the Canada Pension Plan of any changes that may affect my eligibility for benefits. This includes: an improvement in my medical condition; a return to work (full, part-time, volunteer, or trial period); attendance at school or university; trade or technical training; or any rehabilitation.

Jestem świadomy, że wszelkie fałszywe i wprowadzające w błąd oświadczenia zawarte we wniosku o świadczenia stanowią przestępstwo.

Przyjmuję do wiadomości, że informacje dotyczące moich danych osobistych są objęte ochroną kanadyjską *Ustawą o ochronie danych osobowych* i mogą być rozpowszechniane, o ile zezwala na to System rentowy Kanady.

Będę informować System rentowy Kanady o wszystkich zmianach mających wpływ na moje prawo do świadczeń. To znaczy: poprawa stanu zdrowia, powrót do pracy (w pełnym wymiarze czasu, w niepełnym wymiarze czasu, jako wolontariusz lub na okres próbny); uczęszczanie do szkoły lub szkoły wyższej; kontynuacja nauki w szkole zawodowej lub technicznej lub jakiegokolwiek program przekwalifikowania.

Signature of Applicant or Representative  
Podpis wnioskodawcy lub pełnomocnika

Year      Month      Day  
Rok      Miesiąc      Dzień

Telephone Number  
Numer telefonu

X

(   )   -

Canadian Social Insurance Number  
Numer ubezpieczenia społecznego w Kanadzie

**Use this space if required. Identify the number of the question the information belongs to.  
Wykorzystaj to pole w razie potrzeby. Podaj numer pytania, na które odpowiadasz.**