

**QUESTIONNAIRE RELATIF AUX PRESTATIONS
D'INVALIDITÉ RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA**

Fichier de renseignements personnels
RHDC PPU 175
Kartoteka danych osobowych
RHDC PPU 175

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

1	Prénom et initiale Imię i inicjał	Nom de famille Nazwisko	Numéro d'assurance sociale au Canada Numer ubezpieczenia społecznego w Kanadzie
---	--------------------------------------	----------------------------	--

ÉTUDES - NAUKA

2	Combien d'années d'études avez-vous complétées? Na jakim najwyższym poziomie ukończyłeś naukę?	Avez-vous fréquenté le collège ou l'université? Uczęszczałeś do szkoły średniej lub do szkoły wyższej ? <input type="checkbox"/> Oui / Tak Si oui , indiquez le nombre d'années et/ou le diplôme reçu. Jeżeli tak , podać liczbę lat nauki i/lub otrzymanie dyplomu. <input type="checkbox"/> Non / Nie
---	---	---

3	Avez-vous déjà suivi une formation technique ou commerciale, ou une formation en cours d'emploi? Czy zdobyłeś wykształcenie techniczne, handlowe lub kształciłeś się podczas zatrudnienia ? Dates / Daty	<input type="checkbox"/> Oui / Tak Si oui , fournissez les détails suivants : Jeżeli tak , podać następujące informacje:	<input type="checkbox"/> Non / Nie
	Genre de programme / Rodzaj programu	Certificat obtenu / Otrzymany certyfikat	
	_____	_____	_____

ANTÉCÉDENTS PROFESSIONNELS (ASSUREZ-VOUS DE FAIRE MENTION DES EMPLOIS OCCUPÉS AU CANADA ET/OU À L'ÉTRANGER)

PRZEBIEG PRACY ZAWODOWEJ (PODAĆ INFORMACJE O ZATRUDNIENIU WYKONYWANYM W KANADZIE I/LUB ZA GRANICĄ)

EMPLOYÉ - PRACOWNIK

4	Avez-vous complètement cessé de travailler? Czy całkowicie zaprzestałeś pracować ? <input type="checkbox"/> Oui, passez à la question 5. Tak, przejść do punktu 5. <input type="checkbox"/> Non, fournissez les renseignements suivants : Nie, podać następujące informacje:	Genre de travail / Charakter zatrudnienia <input type="checkbox"/> Plein temps w pełnym wymiarze czasu <input type="checkbox"/> Temps partiel w niepełnym wymiarze czasu <input type="checkbox"/> Bénévole wolontariat <input type="checkbox"/> Saisonnier sezonowy		
	Nombre d'heures par jour Liczba godzin dziennie	Nombre de jours par semaine Liczba dni tygodniowo	Si le travail est saisonnier, indiquez la (les) période(s) de travail. Jeżeli była to praca sezonowa, podać okres/y pracy.	Salaire à l'heure / ou par jour / ou par année Stawka godzinowa /lub dzienna /lub roczna
	_____	_____	_____	_____

5	Si vous avez complètement cessé de travailler, fournissez les renseignements suivants : Jeżeli całkowicie zaprzestałeś pracować, podaj następujące informacje:	Quel genre de travail faisiez-vous lors de votre dernier emploi? Jaki był charakter pracy podczas ostatniego zatrudnienia ?
---	---	--

Pourquoi avez-vous cessé de travailler? Z jakiego powodu zaprzestałeś pracować ?	Date de début du travail Data rozpoczęcia pracy Année Mois Jour Rok Miesiąc Dzień	Date d'arrêt du travail Data zakończenia pracy Année Mois Jour Rok Miesiąc Dzień
_____	_____	_____

6	Nom et adresse complète de votre employeur actuel ou du plus récent. Nazwa i pełny adres aktualnego lub ostatniego pracodawcy.
---	---

Service Canada assure la prestation des programmes et des services de Ressources humaines et Développement des compétences Canada pour le gouvernement du Canada.

Service Canada zapewnia świadczenia w ramach programu i usług Ressources humaines et Développement des compétences Canada w imieniu rządu Kanady.

Available in English

TRAVAIL À VOTRE COMPTE - OSOBA PRACUJĄCA NA WŁASNY RACHUNEK

7 Si vous travaillez à votre propre compte ou l'avez déjà fait, fournissez les renseignements suivants :
Jeżeli pracujesz lub pracowałeś na własny rachunek, podaj następujące informacje:

a) Date du début de l'entreprise Année Mois Jour
Data rozpoczęcia działalności Rok Miesiąc Dzień

b) Quand avez-vous réellement cessé vos activités dans l'entreprise?
Kiedy faktycznie zaprzestałeś prowadzenia działalności? Année Mois Jour
Rok Miesiąc Dzień

c) Pourquoi avez-vous cessé de travailler dans l'entreprise?
Z jakiego powodu zaprzestałeś prowadzenia działalności?

d) Décrivez la nature des activités de l'entreprise.
Opisz rodzaj prowadzonej działalności.

e) Quel genre de travail faisiez-vous dans l'entreprise?
Jakie było twoje uczestnictwo w tej działalności?

f) Participez-vous actuellement aux activités de l'entreprise, de quelque façon que ce soit?
Czy obecnie w jakikolwiek sposób uczestniczysz w tej działalności?

- Oui**, expliquez votre rôle actuel.
 Tak, opisz, jaką pełnisz obecnie funkcję.

Non, fournissez les renseignements suivants :
 Nie, podaj następujące informacje:

Qu'est devenue l'entreprise?
Co stało się z przedsiębiorstwem:

Date de la cession :
Data cesji:

Année Mois Jour
Rok Miesiąc Dzień

- Vendue Louée Participation aux bénéfices
Sprzedane Wynajęte Udział w zyskach

Si l'entreprise **n'a pas fait l'objet d'une cession**, comment fonctionne-t-elle actuellement et quelles mesures envisagez-vous pour l'avenir?

Jeżeli przedsiębiorstwo **nie było przedmiotem cesji**, jak funkcjonuje obecnie i jakie działania zamierzasz podjąć na przyszłość ?

g) À quelle année remonte la dernière déclaration de revenus de l'entreprise qui a été produite à votre nom?

Którego roku dotyczy ostatnia deklaracja o dochodach przedsiębiorstwa sporządzona na Twoje nazwisko ?

h) Vous déclarez-vous comme travailleur(euse) autonome aux fins de l'impôt sur le revenu cette année?

Czy w obecnym roku składasz deklarację dotyczącą podatku dochodowego jako pracownik niezależny ?

Oui / Tak Non / Nie

AUTRE TRAVAIL - INNE ZATRUDNIENIE

SI VOUS N'AVEZ PAS ASSEZ D'ESPACE POUR ÉNUMÉRER TOUS LES GENRES DE TRAVAIL QUE VOUS AVEZ FAITS, UTILISEZ L'ESPACE À LA FIN DU QUESTIONNAIRE.

JEŻELI DLA WYMIENIENIA WSZYSTKICH RODZAJÓW WYKONYWANEGO ZATRUDNIENIA NIE WYSTARCZY MIEJSCA, NALEŻY WYKORZYSTAĆ POLE NA KOŃCU KWESTIONARIUSZA.

8 Au cours des deux dernières années, avez-vous fait **un autre travail** en plus de votre emploi principal (comme un travail agricole à temps partiel, un travail de nuit ou un autre emploi)?- 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) ?

- Oui / Tak **Si oui**, donnez les détails suivants :
Jeżeli tak, podać następujące informacje:
 Non / Nie

Genre de travail Rodzaj pracy	Nombre d'heures de travail par jour Liczba godzin pracy dziennie	Nombre d'heures de travail par semaine Liczba godzin pracy tygodniowo	Date de début du travail Data rozpoczęcia pracy			Date d'arrêt du travail Data zakończenia pracy		
			Année Rok	Mois Miesiąc	Jour Dzień	Année Rok	Mois Miesiąc	Jour Dzień

Nom et adresse complète de l'employeur
Nazwa i pełen adres pracodawcy

9 Au cours des cinq dernières années, avez-vous fait **un autre genre de travail**?
Czy w czasie ostatnich pięciu lat wykonywałeś **inny rodzaj pracy**?

- Oui / Tak **Si oui**, indiquez le genre de travail et les dates.
Jeżeli tak, podać rodzaj pracy i daty.
 Non / Nie

Du / Od			Au / Do		
Année Rok	Mois Miesiąc	Jour Dzień	Année Rok	Mois Miesiąc	Jour Dzień

10 En raison de votre état de santé, avez-vous été obligé(e) d'assumer des fonctions qui demandent moins d'effort ou de faire un genre de travail différent?
Czy ze względu na stan zdrowia, jesteś zmuszony wykonywać czynności wymagające mniej wysiłku lub wykonywać inny rodzaj pracy ?

- Oui / Tak **Si oui**, veuillez fournir une description.
Jeżeli tak, dołączyć opis.
 Non / Nie

11 Votre médecin vous a-t-il dit quand vous pourriez retourner travailler?
Czy lekarz określił, od kiedy możesz wrócić do pracy ?

- Oui / Tak **Si oui**, veuillez indiquer la date :
Jeżeli tak, podać datę:
 Non / Nie
- Année Mois
Rok Miesiąc

12 Prévoyez-vous retourner travailler ou chercher du travail dans un proche avenir?
Czy planujesz powrót do pracy lub poszukiwanie pracy w najbliższym czasie ?

- Oui / Tak **Si oui**, répondez à l'une des questions suivantes :
Jeżeli tak, odpowiedz na jedno z następujących pytań:
 Non / Nie

- a) Date à laquelle vous prévoyez **reprendre** votre ancien emploi.
Data, od której planujesz **powrót** do dawnego zatrudnienia. Année/Rok Mois/Miesiąc

- b) Date du **début** d'un nouvel emploi.
Data **rozpoczęcia** nowego zatrudnienia. Année/Rok Mois/Miesiąc

- c) Date à laquelle vous prévoyez recommencer à **chercher** du travail.
Data, od której planujesz rozpocząć **poszukiwanie** pracy Année/Rok Mois/Miesiąc

AUTRES PRESTATIONS - INNE ŚWIADCZENIA

13 Si vous recevez un type quelconque de prestations de maladie ou d'invalidité ou encore une assurance-accident, indiquez le nom de la compagnie d'assurances.
Jeżeli otrzymujesz już jakiegokolwiek zasiłki chorobowe lub inwalidzkie lub też z ubezpieczenia wypadkowego, podaj nazwę instytucji ubezpieczeniowej.

14 Si vos problèmes de santé sont couverts par des indemnités pour accident du travail, donnez des détails dans chaque cas.
Jeżeli w związku z problemami zdrowotnymi otrzymujesz zasiłki z tytułu wypadku przy pracy, należy podać bliższe informacje.

Numéro de la demande Numer wniosku	Province ou territoire Prowincja lub terytorium	Année Rok	Blessure Obrażenia
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Indiquez le type de prestations que vous recevez.
Podać rodzaj otrzymywanych świadczeń.

Pourcentage de pension accordé
Wskaźnik procentowy przyznanej renty.

15 Avez-vous reçu des prestations ordinaires d'assurance-emploi au cours des deux dernières années?
Czy w czasie ostatnich dwóch lat otrzymałeś świadczenia z ubezpieczenia z tytułu zatrudnienia ?

- Oui / Tak **Si oui**, indiquez les dates :
Jeżeli tak, podać daty:
 Non / Nie

Du Od	Année Rok	Mois Miesiąc	Jour Dzień	Au Do	Année Rok	Mois Miesiąc	Jour Dzień
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX - INFORMACJE MEDYCZNE

16 Quelle est la date à laquelle vous ne pouvez plus travailler en raison de votre état de santé?
Od jakiej daty wystąpiła niezdolność do pracy z powodu stanu zdrowia ?

Année
Rok

Mois
Miesiąc

Jour
Dzień

17 Taille - Wzrost

Poids - Waga

Droitier
Praworęczny

Gaucher
Leworęczny

18 Indiquez les maladies ou les déficiences qui vous empêchent de travailler. Si vous ne connaissez pas les noms médicaux, fournissez une description dans vos propres termes.
Wymień choroby lub dolegliwości, które utrudniają wykonywanie pracy. Jeżeli nie znasz medycznych terminów, podaj opis własnymi słowami.

19 Expliquez en quoi ces maladies ou déficiences vous empêchent de travailler.
Wyjaśnij, w jaki sposób te choroby lub dolegliwości utrudniają wykonywanie pracy.

20 Si vous souffrez d'autres problèmes de santé ou avez d'autres déficiences, décrivez-les.
Opisz, jeżeli cierpisz na inne problemy zdrowotne lub masz inne dolegliwości.

21 Si vous avez été obligé(e) de mettre fin à d'autres activités (comme des passe-temps, des sports ou des activités bénévoles), veuillez expliquer et indiquer les dates de fin des activités.
Jeżeli musiałeś zrezygnować z innych zajęć (jak rozrywki, sport lub dobrowolne zajęcia), wyjaśnij oraz podaj daty zakończenia tych zajęć.

22 Veuillez décrire les difficultés et les limitations fonctionnelles que vous présentez à l'égard des activités suivantes :
Opisz trudności i ograniczenia czynnościowe występujące podczas wykonywania następujących czynności :

Demeurer assis(e)/debout (combien de temps?)
Siedzenie/ stanie (ile czasu ?)

Voir/entendre
Patrzeć/ słuchanie

Marcher (combien de temps et quelle distance?)
Chodzenie (jak długo i na jaką odległość ?)

Parler
Mówienie

Soulever/transporter des objets (combien et quelle distance?)
Podnoszenie/przenoszenie przedmiotów (ile i na jaką odległość ?)

Se rappeler
Przypominanie sobie

Étendre le bras
Wyciąganie ramion

Se concentrer
Koncentrowanie się

Se pencher (à quel point?)
Pochylanie się (w jakim stopniu ?)

Dormir
Spanie

Numéro d'assurance sociale au Canada
Numer ubezpieczenia społecznego w Kanadzie

Besoins personnels (manger, se laver les cheveux, s'habiller, etc.) Potrzeby osobiste (jedzenie, mycie włosów, ubieranie się, itd.)	Respirer Oddychanie
Troubles du transit intestinal et de la vessie Problemy z trawieniem i wypróżnianiem się	Conduire une automobile (combien de temps?) Prowadzenie samochodu (jak długo ?)
Entretien ménager (cuisine, nettoyage, courses et activités similaires) Prace domowe (gotowanie, sprząkanie, zakupy i podobne czynności)	Utiliser les transports en commun Korzystanie ze środków masowego transportu

RENSEIGNEMENTS SUR VOS MÉDECINS INFORMACJE O TWOICH LEKARZACH

23 Veuillez fournir les renseignements suivants à propos du médecin qui remplira votre rapport médical.
Należy podać następujące informacje dotyczące lekarza, który będzie wypełniał raport lekarski.

Nom au complet du médecin
Pełne nazwisko lekarza

Médecin de famille Spécialiste (veuillez préciser)
 Lekarz rodzinny Specjalista (proszę sprecyzować)

Adresse
Adres

Ville
Miasto

Province ou territoire
Prowincja lub terytorium

Pays (s'il ne s'agit pas du Canada)
Państwo - jeżeli nie jest to Kanada

Code postal
Kod pocztowy

Numéro de téléphone
Numer telefonu

() -

Quand avez-vous consulté ce médecin
pour la première fois?
Kiedy miałeś pierwszą
konsultację u tego lekarza ?

Année Mois
Rok Miesiąc

Quelle est la date de votre dernière
visite?
Jaka jest data ostatniej wizyty ?

Année Mois
Rok Miesiąc

Quelles étaient les raisons de vos visites?
Jakie były powody wizyt ?

Numéro d'assurance sociale au Canada
Numer ubezpieczenia społecznego w Kanadzie

24 Veuillez dresser la liste de tous les médecins que vous avez consultés au cours des deux dernières années (l'espace fourni vous permet d'inscrire les renseignements sur deux médecins). Si vous n'avez pas assez d'espace pour énumérer tous vos médecins, utilisez l'espace à la fin du 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) Nom au complet du médecin
Pełne nazwisko lekarza

Spécialité
Specjalizacja

Adresse
Adres

Ville
Miasto

Province ou territoire
Prowincja lub terytorium

Pays (s'il ne s'agit pas du Canada)
Państwo - jeżeli nie jest to Kanada

Code postal
Kod pocztowy

Numéro de téléphone
Numer telefonu

() -

Quand avez-vous consulté ce médecin
pour la première fois?
Kiedy miałeś pierwszą
konsultację u tego lekarza ?

Année
Rok

Mois
Miesiąc

Quelle est la date de votre dernière
visite?
Jaka jest data ostatniej wizyty ?

Année
Rok

Mois
Miesiąc

Les visites étaient-elles liées à votre état de santé actuel?
Czy wizyty miały powiązanie z obecnym stanem zdrowia ?

Oui / Tak

Non / Nie

**Si oui, donnez les raisons de vos visites.
Jeżeli tak, podać przyczyny wizyt.**

b) Nom au complet du médecin
Pełne nazwisko lekarza

Spécialité
Specjalizacja

Adresse
Adres

Ville
Miasto

Province ou territoire
Prowincja lub terytorium

Pays (s'il ne s'agit pas du Canada)
Państwo - jeżeli nie jest to Kanada

Code postal
Kod pocztowy

Numéro de téléphone
Numer telefonu

() -

Quand avez-vous consulté ce médecin
pour la première fois?
Kiedy miałeś pierwszą
konsultację u tego lekarza ?

Année
Rok

Mois
Miesiąc

Quelle est la date de votre dernière
visite?
Jaka jest data ostatniej wizyty ?

Année
Rok

Mois
Miesiąc

Les visites étaient-elles liées à votre état de santé actuel?
Czy wizyty miały powiązanie z obecnym stanem zdrowia ?

Oui / Tak

Non / Nie

**Si oui, donnez les raisons de vos visites.
Jeżeli tak, podać przyczyny wizyt.**

HOSPITALISATION - POBYTY W SZPITALU

25 Si vous avez été admis(e) à l'hôpital au cours des deux dernières années, veuillez fournir les renseignements suivants. Si vous n'avez pas assez d'espace pour énumérer tous les hôpitaux, utilisez l'espace à la fin du 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) Nom de l'hôpital
Nazwa szpitala

Adresse postale
Adres pocztowy

Ville Miasto	Province ou territoire Prowincja lub terytorium	Pays (s'il ne s'agit pas du Canada) Państwo - jeżeli nie jest to Kanada	Code postal Kod pocztowy
-----------------	--	--	-----------------------------

Date d'admission Data przyjęcia	Année Rok	Mois Miesiąc	Jour Dzień	Date de sortie Data wypisu	Année Rok	Mois Miesiąc	Jour Dzień
------------------------------------	--------------	-----------------	---------------	-------------------------------	--------------	-----------------	---------------

Nom du médecin traitant
Nazwisko lekarza prowadzącego

Raison de l'admission et genre de traitement
Powód przyjęcia i rodzaj leczenia

b) Nom de l'hôpital
Nazwa szpitala

Adresse postale
Adres pocztowy

Ville Miasto	Province ou territoire Prowincja lub terytorium	Pays (s'il ne s'agit pas du Canada) Państwo - jeżeli nie jest to Kanada	Code postal Kod pocztowy
-----------------	--	--	-----------------------------

Date d'admission Data przyjęcia	Année Rok	Mois Miesiąc	Jour Dzień	Date de sortie Data wypisu	Année Rok	Mois Miesiąc	Jour Dzień
------------------------------------	--------------	-----------------	---------------	-------------------------------	--------------	-----------------	---------------

Nom du médecin traitant
Nazwisko lekarza prowadzącego

Raison de l'admission et genre de traitement
Powód przyjęcia i rodzaj leczenia

MÉDICAMENTS ET TRAITEMENT- LEKI I PRZEBIEG LECZENIA

26 Énumérez les médicaments que vous prenez actuellement.
Wymień leki, które obecnie zażywasz.

Nom du médicament
Nazwa leku

Dose
Dawka

Fréquence
Jak często

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

Numéro d'assurance sociale au Canada
Numer ubezpieczenia społecznego w Kanadzie

27 Décrivez tout autre traitement actuel (counseling, physiothérapie).
Opisz inne leczenie (konsultacje, fizykoterapia)

28 Si d'autres traitements ou examens médicaux sont prévus, veuillez expliquer et indiquer les dates.
Opisz i podaj daty, jeżeli są przewidziane inne zabiegi lub badania lekarskie.

29 Veuillez indiquer les appareils médicaux que vous utilisez (par exemple : béquilles, canne, membre artificiel, attelles, orthèses, fauteuil roulant, appareil auditif, stimulateur cardiaque, accessoire de stomie).
Opisz używany sprzęt medyczny (np. kule, laska, protezy, łubki, szyny ortopedyczne, wózek inwalidzki, aparat słuchowy, rozrusznik serca, sprzęt stomijny).

RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE PRZEKwalifikowanie Zawodowe

30 Si l'on estimait que vous étiez un candidat convenable, accepteriez-vous de prendre part à un programme de réadaptation professionnelle?
Jeżeli zostanie uznane, że jesteś odpowiednim kandydatem, czy zgodzisz się wziąć udział w programie przekwalifikowania zawodowego ?

Oui / Tak **Si non, veuillez expliquer. Jeżeli nie, należy wyjaśnić.**
 Non / Nie

31 Participez-vous ou avez-vous déjà pris part à un programme de réadaptation professionnelle?
Czy bierzesz już udział w programie przekwalifikowania zawodowego ?

Oui / Tak **Si oui, veuillez fournir les détails. Jeżeli tak, podaj informacje.**
 Non / Nie

DÉCLARATION ET SIGNATURE - OŚWIADCZENIE I PODPIS

Je suis conscient du fait que toute déclaration fausse ou trompeuse dans une demande de prestations constitue une infraction.

Je reconnais que ces renseignements personnels sont régis par la *Loi sur la protection des renseignements personnels* et qu'ils peuvent être divulgués quand l'autorise le Régime de pensions du Canada.

Je conviens d'informer le Régime de pensions du Canada de tout changement qui pourrait avoir un effet sur mon admissibilité aux prestations. Cela comprend : une amélioration de mon état de santé, un retour au travail (à plein temps, à temps partiel, à titre de bénévole ou pour une période d'essai); la fréquentation scolaire ou universitaire; la poursuite d'une formation dans les métiers ou technique; ou tout programme de réadaptation.

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 du demandeur ou du représentant
Podpis wnioskodawcy lub pełnomocnika

Année Mois Jour
Rok Miesiąc Dzień

Numéro de téléphone
Numer telefonu
() -

X

Numéro d'assurance sociale au Canada
Numer ubezpieczenia społecznego w Kanadzie

**Utilisez cet espace au besoin. Indiquez le numéro de la question à laquelle vous répondez.
Wykorzystaj to pole w razie potrzeby. Podaj numer pytania, na które odpowiadasz.**