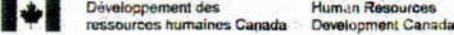


## Le formulaire d'assurance-sociale


PROTÉGÉ UNE FOIS REMPLI - A

**DEMANDE DE :**

Si vous faites remplacer votre carte de NAS, vous devez payer des frais de 10 \$.

PREMIÈRE CARTE D'ASSURANCE SOCIALE (frais non requis)  
 CARTE DE REMPLACEMENT (frais requis)  
 CHANGEMENT DE NOM(S) SUR LA CARTE (frais non requis)  
 CHANGEMENT DE STATUT (frais non requis)  
 AUTRES CHANGEMENTS (aucune carte ne sera délivrée et aucuns frais ne seront requis)

VOTRE DEMANDE SERA RETOURNÉE SI ELLE N'EST PAS ACCOMPAGNÉE DES DOCUMENTS REQUIS (voir le feuillet d'instructions)

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR. VEUILLEZ ÉCRIRE LISIBLEMENT EN LETTRES MAJUSCULES.**

1	NOM QUI DOIT FIGURER SUR LA CARTE	Prénom <b>BOPHA</b>	Autre prénom (si désiré sur la carte)	Nom de famille <b>KONG</b>		
2	DATE DE NAISSANCE	Jour: <b>13</b> Mois: <b>01</b> Année: <b>54</b>	3	SEXE: <input type="checkbox"/> Homme <input checked="" type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Cochez si vous êtes un(e) jumeau(e)lle		
4	NOM COMPLET DE LA MÈRE À SA NAISSANCE		5		NOM COMPLET DU PÈRE À SA NAISSANCE	
6	LIEU DE NAISSANCE DU DEMANDEUR	Ville ou Village	Province	Pays <b>CAMBODGE</b>		
7	NOM DE FAMILLE À LA NAISSANCE		8			AUTRE(S) NOM(S) DE FAMILLE DÉJÀ UTILISÉ(S)
9	AVEZ-VOUS DÉJÀ EU UN NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE?		10			SI «OUI», ÉCRIVEZ VOTRE NUMÉRO ICI
11	STATUT AU CANADA			12		IND. RÉG. N° DE TÉLÉPHONE
		<input checked="" type="checkbox"/> Citoyen canadien <input type="checkbox"/> Indien inscrit <input type="checkbox"/> Résident permanent <input type="checkbox"/> Autre				
13	ADRESSE À LAQUELLE VOUS VOULEZ QU'ON POSTE VOTRE CARTE DE NAS	Numéro et rue <b>7475 DE CASPÉ</b>		N° d'appartement <b>2</b>		
		Ville ou village <b>MONTREAL</b>		Province <b>QUEBEC</b>	Code postal <b>H2C 2P8</b>	
QUICUNQUE DEMANDE SCIEMMENT PLUS D'UN NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE COMMET UNE INFRACTION. IL EST INTERDIT DE DONNER OU DE PRÊTER VOTRE CARTE D'ASSURANCE SOCIALE À QUI QUE CE SOIT.						
14	(Si vous avez moins de 12 ans, votre parent / tuteur doit signer et indiquer le lien de parenté avec vous. Si vous avez inscrit un «X» en guise de signature, faites signer deux témoins ici). Signature du demandeur: <i>Bopha Kong</i>				Date: <b>18.09.96</b>	

LES DONNÉES CONSIGNÉES SUR CE FORMULAIRE SONT UTILISÉES AUX FINS DE L'ATTRIBUTION DE NUMÉROS D'ASSURANCE SOCIALE. LA LOI SUR L'ASSURANCE-CHÔMAGE AUTORISE LA COLLECTE DE CES DONNÉES. POUR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'USAGE FAIT DE CES DONNÉES ET LES DROITS DE VÉRIFIER ET DE CORRIGER LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS, VEUILLEZ CONSULTER LA PUBLICATION INFO SOURCE, BANQUE DE DONNÉES, N° DRHC PPU 300, DANS LES CENTRES D'EMPLOI DU CANADA ET LES PRINCIPALES BIBLIOTHÈQUES PUBLIQUES.

## **Le formulaire d'assurance sociale...**

### **■ Répondez aux questions.**



1) Est-ce une première demande de carte d'assurance sociale?

---

2) Quel est le nom du demandeur?

---

3) Quelle est la date de naissance du demandeur?

---

4) Quel est le lieu de naissance du demandeur?

---

5) Quel est le statut au Canada du demandeur?

---

6) Quelle est l'adresse du demandeur?

---

7) Le demandeur a-t-il signé le formulaire?

---

8) Quelle est la date de la demande?

---