

ITALY-AUSTRALIA SOCIAL SECURITY AGREEMENT ACCORDO ITALO-AUSTRALIANO DI SICUREZZA SOCIALE

APPLICATION FOR BENEFITS UNDER
 THE ITALY-AUSTRALIA SOCIAL
 SECURITY AGREEMENT

DO NOT WRITE IN THIS SPACE
 Spazio riservato all'Ufficio competente

Domanda di presentazione in virtù dell'Accordo internazionale di sicurezza sociale italo-australiano

DATE OF RECEIPT
 DATA DI RICEZIONE

This application should be completed by contributor or by one of the contributor's surviving relatives who is claiming survivors benefit. (1)
 Questa domanda deve essere compilata dal lavoratore oppure da un familiare del lavoratore che presenta domanda di prestazione ai superstiti. (1)

I hereby apply for Italian benefits
 Con la presente domanda si richiedono prestazioni italiane

SECTION I – SEZIONE I

1. Tick the type of benefit(s) for which you are applying
 Contrassegnare il tipo di prestazione richiesta

Type of benefit
 Tipo di prestazione

Seniority or old-age
 Anzianità o vecchiaia

Disability
 Invalidità

Survivors
 Superstiti

SECTION II – SEZIONE II

2. INFORMATION ABOUT THE CLAIMANT

a) Surname and Given Names
 (including maiden name for married women)

b) male
 maschio
 female
 femmina

DATI RIGUARDANTI IL/LA RICHIEDENTE
 Cognome e nome
 (per le donne coniugate indicare anche il cognome da nubile)

c) Date of birth
 Data di nascita

DAY GIORNO	MONTH MESE	YEAR ANNO

d) Place of birth (City, Town or Village) (Province, State or Territory) (Country)
 (Comune o Frazione) (Provincia, Stato o Territorio) (Stato)
 Luogo di nascita _____

e) Marital Status

Single
 Celibe/nubile

Married
 Coniugato/a

Widowed
 Vedovo/a

Divorced
 Divorziato/a

Separated
 Separato/a

f) Date of Marriage
 Data del matrimonio

DAY GIORNO	MONTH MESE	YEAR ANNO

g) Place of Marriage (City, Town or Village) (Province, State or Territory) (Country)
 (Comune o Frazione) (Provincia, Stato o Territorio) (Stato)
 Luogo del matrimonio _____

h) Place of residence (Number and Street) (City, Town or Village) (State or Territory) (Country) (Postal Code)
 (Numero e via) (Comune o Frazione) (Provincia o Territorio) (Stato) (Codice Postale)
 Luogo di residenza _____

SECTION III – SEZIONE III

3. TO BE COMPLETED IF THERE ARE DEPENDANTS FOR WHOM ALLOWANCES ARE CLAIMED.
 DA COMPILARE NEL CASO IN CUI ESISTANO PERSONE A CARICO PER LE QUALI SI RICHIEDONO PRESTAZIONI FAMILIARI

SURNAME AND GIVEN NAMES (including maiden name for married women) COGNOME E NOME (per le donne coniugate indicare anche il cognome da nubile)	RELATIONSHIP TO CONTRIBUTOR GRADO DI PARENTELA	DATE OF BIRTH (day, months, year) DATA DI NASCITA (giorno, mese, anno)	INDICATE IF "FULL-TIME STUDENT" OR "DISABLED" INDICARE "STUDENTE" O "INABILE"
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-

(1) Write in block letters/Scrivere in stampatello.

4. TO BE COMPLETED IF CLAIMING FOR SURVIVORS BENEFITS
DA COMPILARE NEL CASO DI DOMANDA DI PENSIONE AI SUPERSTITI

A. INFORMATION ABOUT THE DECEASED CONTRIBUTOR
DATI RELATIVI AL LAVORATORE DECEDUTO

(a) Surname and given names of deceased worker
Nome e cognome del lavoratore deceduto

(b) Relationship of the applicant to the deceased worker
Relazione di parentela del richiedente col lavoratore deceduto

c) Date of birth
Data di nascita

DAY GIORNO	MONTH MESE	YEAR ANNO

d) Place of birth (City, Town or Village) (Province, State or Territory) (Country)
(Comune o Frazione) (Provincia, Stato o Territorio) (Stato)

Luogo di nascita _____

e) Marital Status

Single / Celibe/nubile Married / Coniugato/a Widowed / Vedovo/a Divorced / Divorziato/a Separated / Separato/a

f) Place of death / Luogo del decesso

(g) Date of death / Data del decesso

DAY GIORNO	MONTH MESE	YEAR ANNO

h) Was the deceased contributor receiving benefits from Italy?
Indicare se il lavoratore deceduto percepiva prestazioni a carico dell'Italia

Yes / Sì No

If "yes" indicate: / Nel caso affermativo, indicare:

Type of benefit Tipo di prestazione	Benefit number Numero della Prestazione	Playing Institution Istituto debitore

B. DATA CONCERNING CLAIMANTS OR SURVIVORS BENEFITS EXCEPT FOR SPOUSE
DATI RELATIVI AI RICHIEDENTI LA PENSIONE AI SUPERSTITI DIVERSI DAL CONIUGE

SURNAME AND GIVEN NAMES (including maiden name for married women) COGNOME E NOME (per le donne coniugate indicare anche il cognome da nubile)	RELATIONSHIP TO CONTRIBUTOR GRADO DI PARENTELA CON L'ASSICURATO	DATE OF BIRTH (day, month, year) DATA DI NASCITA (giorno, mese, anno)	INDICATE IF "FULL-TIME STUDENT" OR "DISABLED" INDICARE "STUDENTE" O "INABILE"

C. INFORMATION ABOUT SURVIVING FAMILY MEMBERS
DATI RELATIVI AI FAMILIARI SUPERSTITI

(a) Indicate whether a decree for legal separation has been issued to the deceased worker's spouse
Indicare se nei confronti del coniuge del lavoratore deceduto sia stata pronunciata sentenza di separazione legale

Yes / Sì No

If "yes" indicate the date of decree absolute
Nel caso affermativo indicare se la sentenza è passata in giudicato:

Yes / Sì No

(b) Indicate whether the surviving spouse has remarried:
Indicare se il coniuge superstite si sia risposato:

Yes / Sì No

If "yes" indicate the date of marriage:
Nel caso affermativo precisare la data del matrimonio:

DAY GIORNO	MONTH MESE	YEAR ANNO

(c) If the claim for benefits is lodged by the parent(s) of the deceased contributor indicate if there are surviving spouse or children
Nel caso che richiedente/i la pensione sia/siano uno o entrambi i genitori del lavoratore deceduto indicare se il lavoratore stesso abbia lasciato superstiti il coniuge o i figli:

spouse/coniuge spouse/children

Yes / Sì No

No No

(d) If the claim for benefits is lodged by unmarried brothers or sisters of the deceased contributor indicate whether there are surviving spouse, children or parents:

Nel caso che il/i richiedente/i la pensione sia/siano il/i fratello/i celibe/i o la/e sorella/e nubile/i del lavoratore deceduto indicare se il lavoratore stesso ha lasciato superstiti il coniuge, i figli o i genitori:

Spouse/coniuge		children/figli		parents/genitori	
<input type="checkbox"/> Yes Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes Si	<input type="checkbox"/> No

SECTION V – SEZIONE V

Do you or does anyone listed in Section II e IV, have at present income from employment, self-employment, pension or from any other source?

Indicare se il/la richiedente o alcuno dei familiari elencati alle Sezioni II e IV percepisca redditi da lavoro dipendente, da lavoro autonomo, da pensione o da altre fonti.

Yes
Si No

If «Yes» give details: - Nel caso di risposta affermativa indicare:

Surname and Given Name Cognome e nome	Type of income Tipo di reddito	Monthly amount Importo mensile

SECTION VI – SEZIONE VI

PERIODS OF EMPLOYMENT OR SELF-EMPLOYMENT OF THE CONTRIBUTOR COVERED BY INSURANCE SYSTEM IN ITALY

PERIODI DI ATTIVITÀ LAVORATIVA EFFETTUATI DAL LAVORATORE ALLE DIPENDENZE DI TERZI O IN PROPRIO COPERTI DAL SISTEMA PREVIDENZIALE ITALIANO

(a)		(b)	(c)	(d)	(e)
Periods of work in Italy Periodi di attività lavorativa compiuti in Italia		Place of work (City and Province) Luogo di lavoro (Comune e provincia)	Type of work industry or business Tipo di attività	Italian Agency to which contributions have been paid Istituto assicuratore italiano al quale sono stati versati i contributi	Insurance number in the Italian social security institute (if known) N° di assicurazione (se conosciuto) presso l'Istituto assicuratore italiano
From Dal	To Al				

NOTE – NOTA

If voluntary contributions have been paid indicate periods of contribution in column (a) and write the abbreviation «V.V» in column (b).

Nel caso siano stati effettuati versamenti volontari indicare i periodi di contribuzione nella colonna (a) e apporre la sigla «V.V» nella colonna (b).

SECTION VII – SEZIONE VII

DECLARATION FOR CLAIMANTS
OLD-AGE PENSION

In compliance with art. 6 of law n. 155 of 23.4.1981, an old age benefit is payable from the 1st day of the month following that in which the insured person has reached pensionable age or, in cases where on that date the insurance and contribution requirements have not yet been completed, from the 1st day of the month following that in which such requirements have been fulfilled. If, on the contrary, the insured person wishes the payment of the benefit in question to take place on the 1st day of the month following that in which the claim was submitted, a precise request should be made. Relating to what is specified above, if this claim is granted, the undersigned asks the benefit to be from:

DICHIARAZIONE PER I RICHIEDENTI LA PENSIONE
DI VECCHIAIA

Ai sensi dell'art. 6 della legge 23.4.1981, n. 155, la pensione di vecchiaia decorre dal 1° giorno del mese successivo a quello nel quale l'assicurato ha compiuto l'età pensionabile ovvero, nei casi in cui a tale data non risultino perfezionati i requisiti di anzianità assicurativa e contributiva, dal 1° giorno del mese successivo a quello in cui i requisiti suddetti vengono raggiunti. Ove l'interessato desidera, invece, che la decorrenza della pensione venga fissata al 1° giorno del mese successivo a quello della presentazione della domanda, dovrà richiederlo espressamente. In relazione a quanto sopra chiedo che, in caso di accoglimento della presente domanda, la pensione venga liquidata a decorrere:

- the first day of the month following that in which pensionable age has been reached or necessary requirements have been fulfilled
dal primo giorno del mese successivo a quello del compimento dell'età pensionabile o del conseguimento dei requisiti
- the first day of the month following that in which the claim in question has been submitted
dal primo giorno del mese successivo a quello di presentazione della relativa domanda

NOTE – NOTA: Tick the appropriate box / Segnare con x la casella che interessa

SECTION VII – SEZIONE VIII

DECLARATION

I hereby STATE, under civil and penal responsibility, that all the information given in the application form conforms with the truth, and I pledge myself to report to the Italian competent Institution directly or to the competent Australian Authority within 30 days, from the day it may occur, any change in the composition of the family, new pension payments, or any change in benefits already granted, and any other event which may change the content of the statements above.

DICHIARAZIONE

DICHIARO, sotto la mia responsabilità civile e penale, che tutte le informazioni fornite nella presente domanda sono conformi al vero e mi impegno a comunicare alla competente Istituzione italiana, direttamente o per il tramite della competente Istituzione australiana, entro 30 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione della composizione familiare, qualsiasi nuova liquidazione di pensione o variazione di quelle già concesse ed ogni altro evento che modifichi il contenuto di quanto sopra dichiarato.

SIGNATURE OF CLAIMANT
FIRMA DEL/DELLA DICHIARANTE

SIGN HERE / FIRMARE QUI

DATE
DATA

DAY GIORNO	MONTH MESE	YEAR ANNO

Postal address of the claimant: (street, number, apt., P.O. box)
Indirizzo del/della dichiarante: (via, numero, interno, casella postale)

Number and Street
Numero e Via

City, Town or Village
Comune o Frazione

State or Territory
Stato o Territorio

Country
Stato

Postal Code
Codice Postale

NOTICE: Two witnesses are required only if the application has been signed by a cross. In this case, the witnesses who know the application must sign in the spaces reserved below, giving their full address.

AVVERTENZA: La presenza di due testimoni è necessaria solamente se la domanda è firmata con segno di croce (X). In tal caso, i testimoni che conoscono il/la richiedente debbono apporre le loro firme negli spazi sotto riservati e fornire il loro completo.

1. Signature of witness/Firma del testimone	2. Signature of witness/Firma del testimone
Address of witness/Indirizzo del testimone	Address of witness/Indirizzo del testimone

SECTION IX – SEZIONE IX

MANDATE FOR ASSISTANCE AND DELEGATION

I hereby delegate the Patronato to present and assist me free of charge for administrative purposes under art. 1 of D.L. 29.7.47 n. 804. For this purpose, according to art. 47 of the Italian Civil Code, my postal address in care of the above named Patronato.

This mandate is valid for all the administrative operations heading to the achievement of the benefit claimed.

Date, Signature
(If the claimant sign with a mark (X) the signature must be validated by two witnesses signature)

Legal stamp of Patronato

Office number of file

MANDATO DI ASSISTENZA E DI RAPPRESENTANZA

Delego il Patronato a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente in sede amministrativa, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1 del D.L. 29.7.1947 n. 804 e, a tal fine, eleggo domicilio a norma dell'art. 47 del codice civile, presso la sede del suddetto Patronato.

Il presente mandato vale per tutte le fasi del procedimento amministrativo ai fini del conseguimento della prestazione.

Data, Firma
(In caso di firma con un segno di croce occorre la convalida di due testimoni)

Timbro Ente di Patronato

Ufficio n. pratica

SECTION X – SEZIONE X

TO BE COMPLETED BY THE AUSTRALIAN AUTHORITY / RISERVATA ALL'ISTITUZIONE AUSTRALIANA

Date of receipt of claim La domanda è pervenuta il

I certify that personal details provided on this form have been verified by the Department of Social Security.

Si attesta che i dati riportati nel presente formulario sono stati verificati dal Dipartimento di Sicurezza Sociale.

Place and date / Luogo e data

.....
Official stamp and signature
Timbro e firma

RECEIPT / RICEVUTA

Today the contributor has lodged a claim for a pension under the Italian Social Security System.

L'assicurato/a ha presentato oggi domanda di pensione di per l'assicurazione italiana.

Official stamp/Timbro

Signature
Firma

DOCUMENTS TO BE PRODUCED WHEN A CLAIM IS LODGED
DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI PENSIONE

- A) – Family status certificate or similar documentation
Certificato di stato di famiglia attached / allegato
- Documentation about periods of work or insurance in Italy
Documentazione di lavoro o assicurativa italiana attached / allegato
- Any other italian documentation (military certificate, periods of illness, etc.)
Altra documentazione italiana (foglio matricolare, periodi di malattia, ecc.) attached / allegato
- Declaration for purposes of tax deductions
Dichiarazione per detrazioni fiscali attached / allegato
- Certificate issued by an educational institution in the case of a claim for family allowances for full-time students
Certificato di frequenza scolastica per richiesta di assegni familiari per figli ultradiciottenni attached / allegato
- Medical evidence in the case of a claim for family allowance for disabled children
Certificato medico per richiesta di assegni familiari per figli inabili attached / allegato
- Additional documentation
Altra documentazione attached / allegato
- Certificate of citizenship if applying for family allowances
Certificato di cittadinanza in caso di richiesta di assegni familiari attached / allegato
- B) – Form.lo 1 bis Est / Mod. Io 1 bis Est attached / allegato
- C) – Family status certificate update certificate updated to the date of death or similar documentation
Certificato di stato di famiglia aggiornato alla data della morte dell'assicurato attached / allegato
- Death certificate
Certificato di morte attached / allegato
- Marriage certificate (if the claim for benefits is filled by the spouse)
Certificato di matrimonio (nel caso in cui il richiedente sia il coniuge) attached / allegato
- Declaration before the consultate authority stating that no final decree of legal separation due to the surviving spouse or of dissolution of a marriage has been issued and that the surviving spouse has not remarried
Dichiarazione resa dinanzi all'Autorità consolare da cui risulti che non sia stata pronunciata sentenza passata in giudicato di separazione legale o di scioglimento del matrimonio e che il coniuge non abbia contratto nuovo matrimonio attached / allegato
- Deed executed before a notary or declaration given before the consular authority from which results: a) the amount of the income enjoyed by the applicant under any reason up to the date of the contributor's death; b) if and in which amount the deceased person supported the claimant and if this occurred with continuity (in case the pension is claimed by children over the age of eighteen, parents, brothers and sisters who didn't live together with the deceased person or in case the pension is claimed by children under the age of eighteen not living together with the deceased person and if family allowances are claimed for them)
Atto notorio o dichiarazione resa dinanzi all'Autorità consolare da cui risulti: a) l'ammontare dei redditi di cui il richiedente fruiva a qualsiasi titolo alla data della morte del dante causa; b) se ed in quale misura il dante causa provvedeva al mantenimento del richiedente e se ciò avveniva con carattere di continuità (qualora la pensione venga richiesta da figli ultradiciottenni, genitori, fratelli e sorelle non conviventi con il defunto, ovvero qualora la pensione venga richiesta da figli al disotto dei diciotto anni, conviventi con il defunto e per gli stessi si richiedono gli assegni familiari) attached / allegato
- Certificate of school attendance for children over the age of 18
Certificato scolastico per i figli ultradiciottenni attached / allegato
- Medical evidence for disabled children
Certificato medico per i figli inabili attached / allegato
- Medical evidence for disabled brothers or sisters (only if they fill a claim for benefits themselves)
Certificato medico per fratelli e sorelle inabili (in caso di richiesta di pensione da parte degli stessi) attached / allegato

NOTICE

Documents under A) should be enclosed for any kind of claim.

To these documents must be added:

- those under B) for invalidity pension
- those under C) for survivor's pension.

Instead of the above mentioned documents concerning personal details, a responsibility declaration authenticated by the Consular Authority, according to the law n. 15 of 1968, must be produced.

Documents regarding work as well as Social Security relations must be presented in original or in authenticated copy. If the above documentation concerning personal details cannot be produced, the Australian Institution receiving pension claim can validate all included in this form.

N.B.: Information relative to periods of residence in Australia will be produced by the claimant using form. AUS/Italy 1 bis.

AVVERTENZE

La documentazione indicata alla lett. A) va allegata per ogni tipo di pensione richiesta. A tale documentazione va aggiunta:

- quella indicata alla lett. B) nel caso di richiesta di pensione di invalidità
- quella indicata alla lett. C) nella richiesta di pensione ai superstiti.

In sostituzione della documentazione anagrafica suindicata può essere prodotta una dichiarazione di responsabilità autenticata dall'Autorità consolare ai sensi della legge n. 15 del 1968.

La documentazione relativa al rapporto di lavoro o di assicurazione sociale dovrà, comunque, essere esibita in originale o in copia autenticata.

Ove la documentazione anagrafica sopraelencata non possa essere allegata, l'Istituzione australiana che riceve la domanda convaliderà i dati contenuti nel presente formulario sulla base dei documenti presentati dal richiedente.

N.B.: Le notizie relative alla residenza in Australia saranno fornite dal richiedente con il form. AUS/Italy 1 bis.