



## BORDEREAU DE TRANSMISSION DE PAIEMENT

### Énoncé de confidentialité

La collecte des renseignements personnels est requise en vertu de l'alinéa 7(1)d) et de l'article 13 de la *Loi sur le ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux*, à des fins d'administration de la *Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes* (LPRFC). Le refus de fournir les renseignements personnels demandés ou le fait de communiquer des renseignements incorrects, peut entraîner la perte des avantages et/ou des retards dans le traitement ou encore des inexactitudes dans les estimations de pension, les avantages ou les relevés de pension. Les renseignements personnels sont protégés et ne sont utilisés et communiqués que conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels* et de la façon décrite dans le fichier de renseignements personnels TPSGC PCU 702 – Administration des pensions fédérales. Aux termes de la Loi, les personnes ont le droit de consulter leurs renseignements personnels et de demander des corrections s'ils sont erronés ou incomplets.

**Ce formulaire doit être rempli électroniquement. Si impossible, veuillez le remplir à l'encre foncée en lettres majuscules.**

### Renseignements personnels du participant au régime

Grade	Nom	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Prénoms	Numéro de pension	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Date de naissance (aaaammjj)	Langue de préférence	Numéro de matricule
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français	<input type="text"/>
Adresse du domicile	Numéro d'appartement	
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
		Numéro de téléphone de préférence
<input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Ville	Province	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Code postal	Pays	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Adresse électronique (facultative)		
<input type="text"/>		

À L'USAGE DU BUREAU SEULEMENT ▶	Numéro de formulaire	Numéro de cas
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CF-FC 570F (2015-01-001)

Canada

001

À L'USAGE DU BUREAU SEULEMENT		
Numéro de formulaire	Numéro de matricule	Numéro de pension

**Lire les instructions attentivement avant de remplir**

Ce formulaire est utilisé par le participant au régime afin de transmettre des paiements relatifs à une période de congé sans solde et/ou un rachat de service. Ce formulaire fournira l'information nécessaire aux fins de comptabilité.

Faites parvenir le formulaire dûment rempli, de même que votre paiement, à l'adresse suivante :

**Centre des pensions du gouvernement du Canada - Service du courrier**  
**150 Boulevard Dion**  
**CP 9500**  
**Matane QC G4W 0H3**

Les versements en espèces, tels que les chèques personnels et les mandats, doivent être libellés à l'ordre du Receveur général du Canada.

Si vous faites parvenir un paiement pour plus d'un rachat de service, veuillez indiquer le montant total des retenues mensuelles pour tous les rachats de service.

Si votre paiement est effectué au moyen d'un transfert direct de fonds d'un régime enregistré d'épargne-retraite (REER), veuillez joindre le formulaire T2033 de l'Agence du revenu du Canada, dûment rempli, au présent formulaire (plutôt qu'un chèque ou un mandat).

Membre de la Partie 1 : À la section C du formulaire T2033, veuillez indiquer « 0355495 » pour le Numéro d'agrément de l'Agence et « Caisse de retraite des Forces canadiennes » pour le nom du RPA.

Membre de la Partie I.1: À la section C du formulaire T2033, veuillez indiquer « 1172220 » pour le Numéro d'agrément de l'Agence et « Caisse de retraite de la Force de réserve canadiennes » pour le nom du RPA.

**Information sur le paiement pour les paiements d'un rachat de services**

- Prélèvement automatisés en souffrance
- Montant forfaitaire, montant partiel
- Montant forfaitaire, montant total

Montant de la retenue mensuelle ▶	\$	Montant du paiement ▶	\$
Ce paiement couvre la période suivante ▶ Du _____ Au _____			

**Information sur le paiement pour un congé sans solde**

- Cotisation de pension

Montant du paiement \_\_\_\_\_ \$

Ce paiement couvre la période suivante ▶ Du _____ Au _____
------------------------------------------------------------