



DEDUCTIONS FROM ANNUITY OR ANNUAL ALLOWANCE RETENUES SUR LA PENSION OU L'ALLOCATION ANNUELLE

Provision of the information requested on this form is required in accordance with the *Public Service Superannuation Act*. The personal information collected is for the purpose of determining the deductions to be taken from your annuity or annual allowance, and is also essential to making a decision directly affecting you. Refusal to supply the personal information on this form may result in your deductions not being made. The personal information will be maintained in the Personal Information Bank Number PWGSC PCE 702 and will be protected, used and disclosed in accordance with the *Privacy Act*. Under the Act, you have the right to request access and correct your personal information, if erroneous or incomplete. Personal information that you provide about another individual may be accessible to that person under the *Privacy Act*. The information will be retained by the Department for two years following the last administrative action, and then destroyed.

La communication des renseignements demandés sur ce formulaire est exigée en vertu de la *Loi sur la pension de la fonction publique*. Les renseignements personnels recueillis ont pour but de déterminer les retenues qui doivent être prélevées de votre pension ou de votre allocation annuelle, et ceux-ci sont essentiels à une prise de décision vous concernant directement. Si vous refusez de fournir les renseignements personnels requis sur le formulaire, les retenues pourraient ne pas être prélevées. Les renseignements personnels seront versés au fichier de renseignements personnels n° TPSGC PCE 702 et seront protégés, utilisés et divulgués conformément aux dispositions de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Aux termes de la Loi, vous avez le droit d'exiger que l'on vous communique les renseignements personnels qui vous concernent et de demander des corrections s'ils sont erronés ou incomplets. Les renseignements personnels que vous fournissez au sujet d'une autre personne peuvent être communiqués à celle-ci en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Les renseignements seront conservés par le Ministère pendant deux années suivant le dernier changement administratif, après quoi ils seront détruits.

This form must be completed electronically. If not possible, please complete it in dark ink using capital letters.

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

Plan Member's Personal Information - Renseignements personnels du participant au régime

Surname - Nom

PRI - CIDP

Given Names - Prénoms

Pension No. - N° de pension

Date of Birth (YYYYMMDD)
Date de naissance (AAAAMMJJ)

Preferred Language
Langue de préférence

 English
Anglais French
Français

Preferred Telephone No.
N° de téléphone de préférence

Home Address - Adresse du domicile

Apt. No. - N° d'apt.

City - Ville

Province

Postal Code - Code postal

Country - Pays

Email address (optional) - Adresse électronique (facultative)

**FOR OFFICE USE ONLY
À L'USAGE DU
BUREAU SEULEMENT**

Form No. - N° de formulaire

Case No. - N° de cas

PWGSC-TPSGC 1422 (09/2009)



STDHDR

Canada

001

FOR OFFICE USE ONLY - À L'USAGE DU BUREAU SEULEMENT

Form No. - N° de formulaire

PRI - CIDP

Pension No. - N° de pension

Carefully read instructions before completing.

Lire les instructions attentivement avant de remplir.

PO - BP	Dept. - Min.	PL - LP	Termination Date - Date de cessation (Y-A M D-J)
---------	--------------	---------	--

If the plan member is a member of the PSHCP at the time of termination, block 6 must be completed.

La case 6 doit être remplie si le participant au régime participe au RSSFP à la date de cessation.

	Plan Régime	Policy Account or Certificate No. N° de compte de la police ou du certificat	* Month of Last Deduction from Salary Mois de la dernière retenue sur le traitement	Amount of Monthly Deduction from Annuity Montant de la retenue mensuelle sur la pension	Month of Direct Payments Made at SOS Mois des paiements directs au moment du RE
1	Provincial Medicare Plan (Indicate province) Régime provincial d'assurance-maladie (indiquer la province)				
2	Blue Cross Plan (Quebec and Maritime plans only) Croix Bleue (régimes du Québec et des Maritimes seulement)				
3	<i>Veterans Land Act</i> <i>Loi sur les terres destinées aux anciens combattants</i>				
4	Civil Service Insurance Assurance du service civil				
5	Canada Savings Bonds Obligations d'épargne du Canada Total Value of Bonds Purchased Valeur totale des obligations achetées Payment Period Selected Période de paiement choisie Bi-Weekly Monthly à la quinzaine Mensuelle				
6	Public Service Health Care Plan (PSHCP) Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP) Continue Amend Continuer Modifier Commence Commencer Cancel (letter attached) Annuler (lettre ci-jointe) Application Attached Demande ci-jointe Signature of Insurance Counsellor Signature du conseiller en assurances				
7	TD1 / TP-1015.3-V (1998-01) (see note 2) TD1 / TP-1015.3 (1998-01) (voir la remarque 2)				
8	Supplementary Death Benefit (SDB) (see note 6) Prestations supplémentaires de décès (PSD) (voir la remarque 6)				

PWGSC-TPSGC 1422 (09/2009)

FOR OFFICE USE ONLY - À L'USAGE DU BUREAU SEULEMENT

Form No. - N° de formulaire

PRI - CIDP

Pension No. - N° de pension

Plan Régime	Policy Account or Certificate No. N° de compte de la police ou du certificat	* Month of Last Deduction from Salary Mois de la dernière retenue sur le traitement	Amount of Monthly Deduction from Annuity Montant de la retenue mensuelle sur la pension	Month of Direct Payments Made at SOS Mois des paiements directs au moment du RE
9 United Way (authorized agencies only) (see note 7) Centraide (agences autorisées seulement) (voir la remarque 7)				
10 PDSP Enrolment Form Formulaire d'adhésion RSDP				
11				

* If not a full monthly deduction, please specify - Veuillez indiquer si la retenue mensuelle est partielle

Signature

Date (Y-A M D-J)

Tel. No. - N° de tél.

To be completed by the plan member only (Not applicable to survivors)

À être rempli par le participant au régime seulement (Ne s'applique pas aux survivants)

Please check one of the following boxes - Veuillez cocher une des cases suivantes

As the above-named plan member, I authorize these deductions from my annuity.
Étant le participant au régime susnommé, je donne l'autorisation d'effectuer ces retenues sur ma pension.

As the above-named plan member, I request that no deductions be made from my annuity.
Étant le participant au régime susnommé, je demande qu'il ne soit fait aucune retenue sur ma pension.

Signature

Date (Y-A M D-J)

To be completed by the Public Service Pension Centre

À être remplie par le Centre des pensions de la fonction publique

Type of Entitlement - Type de versement

Immediate Annuity
Pension immédiate

Annual Allowance Payable Immediately
Allocation annuelle payable immédiatement

Effective Date of Annuity or Allowance Payable
Date d'entrée en vigueur de la pension ou de l'allocation payable

Reinstatement Following Re-employment
Rétablissement par suite d'un réemploi

Signature

Date (Y-A M D-J)

Unit - Unité

PWGSC-TPSGC 1422 (09/2009)

Original ▶ Public Service Pension Centre
Centre des pensions de la fonction publique

Copy Exemplaire ▶ 1 - Personnel Office
Bureau du personnel

DEDUCTIONS FROM ANNUITY OR ANNUAL ALLOWANCE RETENUES SUR LA PENSION OU L'ALLOCATION ANNUELLE

1. This form is required by the Department of Public Works and Government Services Canada to assist plan members who are retiring with a pension entitlement to maintain an orderly flow of legal assignment payments and to minimize the inconvenience which might be caused by a delay in these payments.

2. Plan members are asked to complete and sign the attached TD1 or TP-1015.3-V form.

3. Upon completion, these forms should be returned to the personnel officer who will forward them to the Public Service Pension Centre with a notice of termination.

4. Public Service Health Care participation continues automatically upon retirement unless you indicate in block 6 and/or in section "To be completed by the plan member only" of this form that no deductions are to be taken from your annuity.

5. If you are not a member of the Public Service Health Care Plan at the time of termination of employment and you would like this coverage, you must apply by completing form TBS-006492 and attaching it to the PWGSC-TPSGC 1422.

6. Participants not in receipt of an immediate annuity or an immediate annual allowance, who choose to retain their Supplementary Death Benefit coverage at commercial contribution rates, must complete the service buyback form PWGSC-TPSGC 2017 no later than 30 days after termination of employment.

7. Only United Way agencies authorized for pension deductions should be entered. For a complete list of these agencies, please see the compensation directive for the current year's United Way campaign. Complete the agency reference number under "Policy Account or Certificate No." and enter the appropriate figure under "Amount of Monthly Deduction from Annuity". It should be noted that, unless an additional pension pledge form is completed for the new campaign year, this deduction will cease at the end of the current calendar year.

1. Ce formulaire est requis par le ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada afin d'assurer aux participants au régime qui prennent leur retraite avec une pension, la continuité des paiements en vertu de délégations juridiques, et afin de minimiser les inconvénients qui pourraient être causés par un retard dans ces paiements.

2. Les participants au régime sont priés de remplir et de signer le formulaire TD1 ou TP-1015.3 ci-joint.

3. Ces formulaires dûment remplis doivent être retournés à l'agent du personnel qui les transmettra, accompagnés d'un avis de cessation d'emploi, au Centre des pensions de la fonction publique.

4. Votre participation au Régime de soins de santé de la fonction publique est maintenue automatiquement à la retraite sauf si vous indiquez à la case 6 et/ou à la section « À être rempli par le participant au régime seulement » du formulaire qu'aucune retenue ne doit être prélevée sur votre pension.

5. Si vous ne participez pas au Régime de soins de santé de la fonction publique au moment de la cessation d'emploi et que vous désirez y adhérer, vous devez en faire la demande en remplissant le formulaire TBS-006492 qui sera joint au PWGSC-TPSGC 1422.

6. Les participants qui ne reçoivent pas une pension à jouissance immédiate ou une allocation annuelle immédiate et qui choisissent de continuer à participer au Régime de prestation supplémentaire de décès à taux commercial, doivent remplir le formulaire de service de rachat PWGSC-TPSGC 2017 dans les 30 jours suivant la date de cessation d'emploi.

7. Seules les agences de Centraide pour lesquelles on a autorisé les retenues sur la pension peuvent être inscrites. Pour obtenir la liste complète de ces agences, veuillez consulter la directive sur la rémunération traitant de la campagne Centraide pour l'année en cours. Inscire le numéro de référence de l'agence dans la case « N° de compte de la police ou du certificat » et inscrire le montant approprié dans la case « Montant de la retenue mensuelle sur la pension ». Veuillez noter qu'une carte de souscription doit être remplie à chaque année sinon la retenue cessera à la fin de l'année civile.