



# 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 ans 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

Preferred Telephone No.  
N° de téléphone de préférence

English  
Anglais

French  
Français

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 (12/2009)



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.

**This form must be completed to authorize deductions from your pension.**

**Ce formulaire doit être complété afin d'autoriser des retenues sur votre pension.**

**To request that no deductions be taken from your annuity, go directly to the signature section on page 3.**

**Pour demander qu'aucune retenue ne soit effectuée de votre pension, allez directement à la section de signature à la page 3.**

|   | Plan<br>Régime   | Policy Account or<br>Certificate No.<br>N° de compte de la<br>police ou du certificat | Amount of Monthly<br>Deduction from Annuity<br>Montant de la retenue<br>mensuelle sur la pension |
|---|--|---|--|
| 1 | Medical Services Plan of British Columbia<br>Assurance-maladie de la Colombie-Britannique  |   |  |
| 2 | Medavie Blue Cross<br>Croix Bleue Medavie  |   |  |
| 3 | Veterans Insurance<br>Assurance des anciens combattants  |   |  |
| 4 | Canada Savings Bonds<br>Obligations d'épargne du Canada  |   |  |
| 5 | Public Service Health Care Plan (PSHCP)<br>(See instructions 2 and 3)<br><br>Régime de soins de santé de la fonction publique<br>(RSSFP) (Voir instructions 2 et 3)<br><br>Continue<br>Continuer<br><br>Amend (application or letter attached)<br>Modifier (demande ou lettre ci-jointe)<br><br>Commence (application attached)<br>Commencer (demande ci-jointe)<br><br>Cancel (letter attached)<br>Annuler (lettre ci-jointe) |   |  |

PWGSC-TPSGC 1422 (12/2009)

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

|                             |            |                             |
|-----------------------------|------------|-----------------------------|
| Form No. - N° de formulaire | PRI - CIDP | Pension No. - N° de pension |
|                             |            |                             |

|   | Plan<br>Régime   | Policy Account or<br>Certificate No.<br>N° de compte de la<br>police ou du certificat | Amount of Monthly<br>Deduction from Annuity<br>Montant de la retenue<br>mensuelle sur la pension |
|---|--|---|--|
| 6 | United Way (see instruction 4)<br>Centraide (voir instruction 4)       |   |  |
| 7 | Other Deductions (please specify)<br>Autres retenues (précisez S.V.P.) |   |  |

**Signature of Plan Member - Signature du participant au régime**

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. By not authorizing deductions to be taken from my pension I understand that my participation in the aforementioned plans as an employee will terminate as a pensioner.

Étant le participant au régime susnommé, je demande qu'aucune retenue ne soit effectuée de ma pension. En n'autorisant pas de retenue de ma pension, je comprends que ma participation, comme employé, dans les régimes mentionnés dans ce formulaire, se terminera en tant que pensionné.

|           |                  |
|-----------|------------------|
| 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 prestation  | Effective Date of Annuity or Allowance Payable<br>Date d'entrée en vigueur de la pension ou de l'allocation payable |
| Immediate Annuity<br>Pension immédiate  | Annual Allowance Payable Immediately<br>Allocation annuelle payable immédiatement                                   |
| Reinstatement Following Re-employment<br>Rétablissement par suite d'un réemploi |   |
| Signature of Pension Expert<br>Signature de l'expert en pensions                | Date (Y-A M D-J)  |
|   | Unit - Unité  |

PWGSC-TPSGC 1422 (12/2009)

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

## INSTRUCTIONS

1. This form is required by the Department of Public Works and Government Services Canada to assist plan members who will terminate employment and receive a monthly pension benefit to maintain an orderly flow of legal assignment payments and to minimize the inconvenience which might be caused by a delay in these payments.

**The completed form must be sent to the Public Service Pension Centre. Retain a copy for your records.**

2. Public Service Health Care Plan participation continues automatically unless you indicate in block 5 you intend to cancel and/or you request that no deductions are to be taken from your annuity. If you want to modify your participation, you must complete the application form TBS-006492 or request the changes in a letter. The application or letter must be attached to this form.

**Public Service Health Care Plan information and the monthly rates are available at:**

[www.pensionetavantages-pensionandbenefits.gc.ca](http://www.pensionetavantages-pensionandbenefits.gc.ca)

3. 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 this form.

The form can be obtained at:

[www.pensionetavantages-pensionandbenefits.gc.ca](http://www.pensionetavantages-pensionandbenefits.gc.ca)

NOTE: Certain Agencies and Public Service Corporations do not participate in the regular Public Service insurance programs. Former employees of those Agencies or Corporations cannot participate in these programs as pensioners. If you are a member who is currently employed by an organization who does not participate in the Public Service Health Care Plan, please contact your employer for information concerning your eligibility to participate in a health care plan for Retirees.

4. **United Way.** Complete only if you currently have a United Way deduction. Unless a new 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 terminent leur emploi et reçoivent une pension mensuelle, 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.

**Le formulaire rempli doit être envoyé au Centre des pensions de la fonction publique. Conservez un exemplaire pour vos dossiers.**

2. Votre participation au Régime de soins de santé de la fonction publique est maintenue automatiquement sauf si vous indiquez à la case 5 que vous voulez l'annuler et/ou vous demandez qu'aucune retenue ne soit prélevée de votre pension. Si vous voulez modifier votre participation, vous devez remplir le formulaire de demande TBS-006492 ou demander les changements dans une lettre. La demande ou la lettre doit être jointe à ce formulaire.

**L'information et les taux mensuels pour le Régime de soins de santé de la fonction publique sont disponibles au :**

[www.pensionetavantages-pensionandbenefits.gc.ca](http://www.pensionetavantages-pensionandbenefits.gc.ca)

3. 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 et en le joignant à ce formulaire.

Vous pouvez obtenir ce formulaire au :

[www.pensionetavantages-pensionandbenefits.gc.ca](http://www.pensionetavantages-pensionandbenefits.gc.ca)

NOTA : Certains organismes et sociétés de la fonction publique ne participent pas aux programmes d'assurances destinés à la fonction publique. Les anciens employés de ces organismes et sociétés ne peuvent donc pas participer à ces programmes à titre de pensionnés. Si vous êtes un membre qui est employé par une organisation qui ne participe pas au Régime de soins de santé de la fonction publique au moment de la cessation d'emploi, veuillez communiquer avec votre employeur pour tout renseignement concernant votre admissibilité à un régime de soins de santé pour retraités.

4. **Centraide.** À compléter seulement si vous avez actuellement une retenue pour Centraide. À moins qu'un nouveau formulaire de don soit rempli pour la nouvelle année de souscription, la retenue cessera à la fin de l'année civile en cours.