



PENSION INFORMATION RELEASE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS SUR LES PENSIONS

Provision of the personal information requested on this form is mandatory, as required under paragraph 11(2)(b) of the *Public Service Superannuation Act* (PSSA) and applicable clauses of the Canada Pension Plan (CPP) or the Quebec Pension Plan (QPP). The personal information, including the Social Insurance Number, will be disclosed between the administrators of the CPP, QPP and public service pension plan, and will be used for the purpose of confirming that the retiree is not receiving any other pensions (disability) and to calculate a reduced annuity, if required. The personal information collected on this form is described in Personal Information Bank PWGSC PCE 702, and will be protected, used and disclosed in accordance with the provisions of the *Privacy Act*. Under the Act, the individual to whom the personal information pertains has the right to access the personal information and request correction, if erroneous or incomplete. The personal information will be retained for two years following the last administrative action and then destroyed.

Les renseignements personnels demandés dans le présent formulaire doivent obligatoirement être fournis, conformément au paragraphe 11 (2)(b) de la *Loi sur la pension de la fonction publique* (LPFP) et aux dispositions pertinentes du Régime de pension du Canada (RPC) ou de la Régie des rentes du Québec (RRQ). Les renseignements personnels, y compris le numéro d'assurance social, seront communiqués entre les administrateurs du RPC, de la RRQ et du Régime de pension de retraite de la fonction publique, et ils seront utilisés dans le but de confirmer que le retraité ne reçoit aucune autre pension (invalidité) et de calculer un montant réduit, si nécessaire. Les renseignements personnels recueillis au moyen de ce formulaire sont décrits dans le fichiers de renseignements personnels TPSGC PCE 702, et ils seront protégés, utilisés et communiqués conformément aux dispositions de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. En vertu de la Loi, l'individu que les renseignements personnels concernent a le droit de se faire communiquer ses renseignements personnels et de demander leur correction s'ils sont erronés ou incomplets. Les renseignements personnels seront conservés pendant deux ans suivant la dernière action administrative, et ils seront ensuite 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

PR1 - 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 2265 (01/2010)



STDHDR



001

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

Form No. - N° de formulaire

PRI - CIDP

Pension No. - N° de pension

STATEMENT OF UNDERTAKING - DÉCLARATION D'ENGAGEMENT

I do hereby attest that:

A - I am not in receipt of benefits under the CPP or the QPP.
If I become entitled to any disability or retirement benefits under the CPP or the QPP before or after termination from the public service, I will either forward a copy of my award letter, or inform the Public Service Pension Centre.

B - I am in receipt of benefits under the CPP or the QPP, excluding survivor benefits, as follows:

- Retirement Benefits under the CPP or the QPP (age 65);
- Early Retirement Benefits under the CPP or the QPP;
- Disability Benefits under the CPP or the QPP.

C - I have applied for benefits under the CPP or the QPP. If I become entitled to disability or retirement benefits, I will either forward a copy of my award letter, or inform the Public Service Pension Centre.

IMPORTANT (Please read carefully)

D - If you received your CPP or QPP benefit entitlement notice, please send a copy to the Public Service Pension Centre.

E - You will be required to repay any overpayment of your public service pension benefit resulting from any subsequent or retroactive entitlement to disability benefits under the CPP or the QPP.

Je certifie par la présente que :

A - Je ne reçois pas de prestations au titre du RPC ou de la RRQ.
Si je deviens admissible à des prestations d'invalidité ou de retraite au titre du RPC ou de la RRQ, avant ou après ma fin d'emploi de la fonction publique, j'enverrai une copie de la lettre d'admissibilité ou j'aviserai le Centre des pensions de la fonction publique.

B - Je bénéficie des prestations suivantes au titre du RPC ou de la RRQ, excluant les prestations au survivant :

- Prestations de retraite au titre du RPC ou de la RRQ (65 ans);
- Prestations de retraite anticipée au titre du RPC ou de la RRQ;
- Prestations d'invalidité au titre du RPC ou de la RRQ.

C - J'ai présenté une demande de prestations au titre du RPC ou de la RRQ. Si je deviens admissible à des prestations d'invalidité ou de retraite, j'enverrai une copie de la lettre d'admissibilité ou j'aviserai le Centre des pensions de la fonction publique.

IMPORTANT (Lire attentivement)

D - Si vous avez reçu votre avis de droit aux prestations en vertu du RPC ou de la RRQ, veuillez en envoyer une copie au Centre des pensions de la fonction publique.

E - Vous devrez rembourser tout paiement reçu en trop de votre prestation de pension de la fonction publique si, au titre du RPC ou de la RRQ, vous touchez des prestations d'invalidité ultérieures ou avec effet rétroactif.

AUTHORIZATION - AUTORISATION

I have read the restrictions and I understand the nature and effect of this authorization to communicate the information in this form to the pension administration named herein.

J'ai lu les restrictions et je comprends la nature et la portée de cette autorisation à communiquer les renseignements dans ce formulaire à l'administration des pensions nommée dans la présente.

I am the plan member

Je suis le participant au régime

I am the legal representative

Je suis le représentant légal

Signature	Date (Y-A M D-J)	Plan Member's Social Insurance No. N° d'assurance sociale du participant au régime
-----------	---------------------	---

PWGSC-TPSGC 2265 (01/2010)

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

Form No. - N° de formulaire

PRI - CIDP

Pension No. - N° de pension

RESTRICTIONS

Information will only be communicated if:

- 1 - The pension administration certifies in a form satisfactory to the CPP or the QPP, that the information will not be disclosed to any creditor or person not entitled to the information.
- 2 - The person who signs the authorization is the plan member or his legal representative.

Les renseignements ne seront divulgués que si :

- 1 - L'administration des pensions garantit de façon jugée satisfaisante au RPC ou à la RRQ que les renseignements ne seront transmis à aucun créancier ou personne non autorisée.
- 2 - Le signataire est le participant au régime ou son représentant légal.

This form is to be completed when the monthly public service pension becomes payable.

The completed form must be sent to the address below. You may wish to retain a copy for your records.

Public Service Pension Centre
Mail Facility
150 Dion Blvd
PO Box 8000
Matane QC G4W 4T6

Ce formulaire doit être rempli lorsque la pension mensuelle de la fonction publique devient payable.

Le formulaire complété doit être envoyé à l'adresse ci-dessous. Vous devriez garder un exemplaire pour vos dossiers.

Centre des pensions de la fonction publique
Service du courrier
150 Boul Dion
CP 8000
Matane QC G4W 4T6

PWGSC-TPSGC 2265 (01/2010)