



TERMINATION/RETIREMENT INFORMATION INFORMATION SUR LA CESSATION D'EMPLOI/RETRAITE

Provision of the information requested on this form will be used to process a termination/retirement pension benefit under the *Public Service Superannuation Act* (PSSA). This personal information will be stored in Personal Information Bank Number PWGSC PCU 702 and will be protected, used and disclosed in accordance with the *Privacy Act*. Under the Act, you have the right to request access to your personal information and to request corrections should you believe the information contains errors or omissions. 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 administration change and then destroyed.

La communication des renseignements demandés sur ce formulaire sera utilisée pour traiter la prestation de pension de fin d'emploi/retraite en vertu de la *Loi sur la pension de la fonction publique* (LPPF). Les renseignements personnels seront versés au fichier de renseignements personnels n° TPSGC PCU 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 2386 (06/2011)



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

**PART 1: TO BE COMPLETED BY THE COMPENSATION ADVISOR
PARTIE 1 : À ÊTRE REMPLIE PAR LE CONSEILLER EN RÉMUNÉRATION**

Initial Form - Send to the Public Service Pension Centre (Pension Centre)
Formulaire initial - Envoyez au Centre des pensions de la fonction publique (Centre des pensions)
(Y-A M D-J)

Account Finalized Date sent to pay office (PO)
Compte finalisé Date d'envoi au bureau de paye (BP) _____ (Y-A M D-J)

Amendment to Original - Send to the Pension Centre and to PO Dated
Modification à l'original - Envoyez au Centre des pensions et au BP Daté le ▶ _____

Dept. - Min.	PO - BP	Paylist - Liste de paye	Date of SOS Date du RE (Y-A M D-J)
--------------	---------	-------------------------	---------------------------------------

Is the employee required to work on - Est-ce que l'employé est tenu de travailler le (les) : Not required to work weekends
Saturday Only Sunday Only Saturday and Sunday N'est pas requis de travailler les fins de semaine
Samedi seulement Dimanche seulement Samedi et dimanche

**Note: Refer to the instructions as all sections of this form may not have to be completed for a termination.
Nota : Veuillez vous référer aux instructions car toutes les sections de ce formulaire n'ont peut-être pas à être remplies lors d'une cessation d'emploi.**

**A FINAL ANNUAL SALARY/PENSIONABLE ALLOWANCES
TRAITEMENT ANNUEL FINAL/INDEMNITÉS OUVRANT DROIT À PENSION**

Final Annual Salary Traitement annuel final	Final Classification and Level Classification et niveau final		Authority Document for Final Salary Document d'autorité du traitement final	Date of Authority Document Date du document d'autorité (Y-A M D-J)	
Pensionable Allowance Code Code d'indemnité ouvrant droit à pension	Amount Montant	Rate Base Base de taux	Pensionable Allowance Code Code d'indemnité ouvrant droit à pension	Amount Montant	Rate Base Base de taux

**B DEBT TO THE CROWN TO BE RECOVERED FROM A PENSION PAYMENT
DETTE ENVERS L'ÉTAT À ÊTRE RECOUVRÉE D'UN PAIEMENT DE PENSION**

Is there an existing debt? Est-ce qu'il y a une dette existante? No Final copy of form PWGSC 2386 to follow. Non Yes Copie finale du formulaire TPSGC 2386 à suivre. Oui	Applicable Authority, if not Section 155 (3) (Salary and/or allowances only) of the <i>Financial Administration Act</i> (FAA) Autorité applicable, si ce n'est pas la section 155 (3) (Traitement et/ou indemnités seulement) de la <i>Loi sur la gestion des finances publiques</i> (LGFP)
---	--

Debt Amounts - Montant de la dette

Salary and Allowances Traitement et allocations	Other debts - Autres dettes	Total Debts - Dette totale

Delegated Authority Suggested Monthly Recovery Amount ▶
Montant mensuel de recouvrement suggéré selon la délégation de pouvoir

- Every effort must be made to recover debts from salary where possible.
Il faut s'efforcer de recouvrer la dette à partir du traitement si possible.
- Organizations not covered under the FAA must provide a copy of the employee's consent for recovery of salary and allowances.
Les organisations non incluses sous la LGFP doivent soumettre une copie du consentement de l'employé pour le recouvrement à partir du traitement et des allocations.
- For others debts, a copy of the consent of the President of the Treasury Board (TB) must be provided.
Pour les autres dettes, une copie du consentement du président du Conseil du Trésor (CT) doit être soumise.

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

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

**Interdepartmental Settlement Information -
Regional Pay System (RPS) Users Only**

**Renseignements sur le règlement interministériel -
Utilisateurs du Système régional de paye (SRP)
seulement**

Organization Code Code de l'organisation	Reference Code Code de référence	Department Number Numéro du ministère
Contact Name - Nom de la personne-ressource		Telephone Number - Numéro de téléphone

**C DEDUCTIONS
RETENUES**

Completion of this section is only required for a plan member who is 50 years of age or over at termination date or if approved for a medical retirement.

Remplir cette section seulement si le participant au régime est âgé d'au moins 50 ans à la date de cessation d'emploi, ou en cas d'admissibilité à la retraite pour des raisons médicales.

Plan Name Nom du régime	Policy No. / Certificate No. N° de police / N° de certificat	Last deduction month/year Dernière déduction mois/année	Monthly amount Montant mensuel
Medical Services Plan of B.C. Assurance-maladie de la C.-B.			
Medavie Blue Cross Croix Bleue Medavie			
Veterans Insurance Assurance des anciens combattants			
Canada Savings Bonds Obligations d'épargne du Canada			
PSHCP RSSFP			
United Way - GCWCC Centraide - CCMTGC			

**D COMPENSATION ADVISOR CERTIFICATION
ATTESTATION DU CONSEILLER EN RÉMUNÉRATION**

Name - Nom (Print/Lettres moulées)	Tel. No. - N° de tél.	Fax No. - N° de télécopieur
Email Address - Adresse électronique		
Signature	Date (Y-A M D-J)	

FOR OFFICE USE ONLY - À L'USAGE DU BUREAU SEULEMENT		
Form No. - N° de formulaire	PRI - CIDP	Pension No. - N° de pension

PART 2: TO BE COMPLETED BY THE PAY OFFICE
PARTIE 2 : À ÊTRE REMPLIE PAR LE BUREAU DE PAYE

A SERVICE BUYBACK(S)
RACHAT(S) DE SERVICE

<p>Regional pay offices: Report only payments made up to September 30, 2003 and that are associated with Fund 1 service buybacks (buybacks signed prior to April 1st, 2000).</p> <p>Non-regional pay offices: Report all service buyback payments made up to and including April, 2011.</p>	<p>Bureaux de paye régionaux : Déclarer seulement les paiements effectués jusqu'au 30 septembre 2003 et qui sont liés aux rachats de service du fonds 1 (rachats exercés avant le 1er avril 2000).</p> <p>Bureaux de paye non-régionaux : Déclarer tous les paiements de rachat de service effectués jusqu'en avril 2011 inclusivement.</p>
---	---

Monthly Deductions (final notice) - Retenues mensuelles (dernier avis)

	From - De		To - À		No. of Months Nbre de mois	Monthly Amount Montant mensuel	Service Buyback(s) Date Date de rachat(s) de service (Y-A M D-J)	CSC SCC
	Month Mois	Year Année	Month Mois	Year Année				
1								
2								
3								
4								
5								

B DEBT TO THE CROWN
DETTE ENVERS L'ÉTAT

Has the debt been recovered either in full or in part? Est-ce que la dette a été recouvrée soit en partie ou en entier?	Yes Oui	No Non
--	------------	-----------

Debt recovered and outstanding balance - Dette recouvrée et solde non recouvré

Debt recovered Dette recouvrée	Full Payment Paiement complet	Partial Payment Paiement partiel	Debt Outstanding Dette non recouvrée
Salary and Allowances Traitement et allocations _____			Salary and Allowances Traitement et allocations _____
Other Debts Autres dettes _____			Other Debts Autres dettes _____
Total Debt Recovered Dette totale recouvrée _____			Total Debt Outstanding Dette totale non recouvrée _____

C PENSION ADJUSTMENT (PA) AMOUNTS - (For year of termination only)
MONTANT DU FACTEUR D'ÉQUIVALENCE (FE) - (Pour l'année de la fin d'emploi seulement)

Year Année	Pension Adjustment Amount Montant du facteur d'équivalence

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

Form No. - N° de formulaire

PRI - CIDP

Pension No. - N° de pension

D PERIODS OF LEAVE WITHOUT PAY (LWOP) ENDING PRIOR TO DECEMBER 2011 WITH OUTSTANDING PENSION CONTRIBUTION DEFICIENCIES
PÉRIODES DE CONGÉ NON PAYÉ (CNP) SE TERMINANT AVANT DÉCEMBRE 2011 AVEC INSUFFISANCES DE COTISATIONS DE PENSION EN SOUFFRANCE

Periods of LWOP - Périodes de CNP				
From - De (Y-A M D-J)	To - À (Y-A M D-J)	Contribution Amount Recovered Montant des cotisations recouvrées	Full Payment Paiement complet	Partial Payment Paiement partiel

Outstanding Pension Contributions Deficiencies - Insuffisances de cotisations de pension en souffrance

Remaining Balance - Deficient Pension Contributions
 Solde résiduel - Insuffisances de cotisations de pension

PSSA CPRFP		PSPF - Regular Contributions CRFP - Cotisations ordinaires		PSPF - Additional Contributions for Correctional Service (CS) CRFP- Cotisations supplémentaires pour Service correctionnel (SC)	
Description	Amount - Montant	Description	Amount - Montant	Description	Amount - Montant
PSSA - Single Rate CPRFP - Taux simple		PSPF - Single Rate CRFP - Taux simple		CS/PSPF - Single Rate SC/CRFP - Taux simple	
PSSA - Double Rate CPRFP - Taux double		PSPF - Double Rate CRFP - Taux double		CS/PSPF - Double Rate SC/CRFP - Taux double	
RCA - Single Rate CR - Taux simple		RCA - Single Rate CR - Taux simple		CS/RCA - Single Rate SC/CR - Taux simple	
RCA - Double Rate CR - Taux double		RCA - Double Rate CR - Taux double		CS/RCA - Double Rate SC/CR - Taux double	

OUTSTANDING SUPPLEMENTARY DEATH BENEFIT (SDB) DEFICIENCIES FOR LWOP ENDING PRIOR TO DECEMBER 2011

E INSUFFISANCES DE PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES DE DÉCÈS (PSD) EN SOUFFRANCE POUR CNP QUI A PRIS FIN AVANT DÉCEMBRE 2011

Amount Outstanding Montant en souffrance	
SDB Deficiencies Recovered - Insuffisances de cotisations de PSD recouvrées	
Full Payment Paiement intégral	Partial Payment Paiement partiel
	Remaining Balance - SDB Deficiencies Solde résiduel - Insuffisances de cotisations de PSD

**F PAY OFFICE CERTIFICATION
 ATTESTATION DU BUREAU DE PAYE**

Name - Nom (Print/Lettres moulées)	Tel. No. - N° de tél.	Fax No. - N° de télécop.
E-mail Address - Adresse électronique		
	Signature	Date (Y-A M D-J)

INSTRUCTIONS

This form must be completed within 5 business days of a termination of employment transaction for an employee paying into the pension plan, or within 5 business days of a request from the Pension Centre.

This form is required in some retroactive salary increase situations. For these situations, the 5 business day deadline does not apply.

Part 1: To be completed by the compensation advisor or designated person

Check the "Initial Form" box and send to the Pension Centre within 5 business days of a termination of employment transaction.

Once account is finalized (termination payments, recoveries and overpayments are actioned) send another copy of the form to PO with the "Account Finalized" box checked. Note: PO will only complete Part 2 of the form when "Account Finalized" is indicated.

Part 1A: Final Annual Salary/Pensionable Allowance

This section is only to be completed for terminations where the SOS date is two years or more after the date of becoming a plan member, or in case of termination from dual employment status.

Part 1B: Debt to the Crown

The Pension Centre must be advised within 14 business days of a termination of employment transaction if there is a possibility that a debt to the Crown **will need to be recovered from a pension payment**, even if the debt amount is not yet established. The completion and forwarding of the form to the Pension Centre must not be delayed pending confirmation of the debt amount.

Total debt outstanding before recoveries from termination payments must be reported. Recoveries will be reported by PO (see Part 2B).

If a suggested recovery amount is not specified, recovery will be taken at 10% of gross basic pension entitlement.

Part 1C: Deductions

This section is to be used to report the applicable deductions as listed in Section C. Completion of this section is only required for a plan member who is 50 years of age or over at termination date or if approved for a medical retirement.

Part 2A: Service Buyback(s)

This section is only to be completed if Part 1A has been completed. Additional Correctional Service Canada (CSC) contributions must be reported. Attach a separate sheet if space is insufficient.

Part 2B: Debt to the Crown

Debt outstanding is the total debt minus the amounts recovered.

Part 2C: Pension Adjustment Amounts

Report a pension adjustment (PA) for the year of termination only.

Part 2D: Periods of LWOP and outstanding pension contribution deficiencies

This section is only to be completed if Part 1A has been completed and the LWOP period ended prior to December 2011.

Part 2E: Outstanding supplementary death benefit deficiencies

This section is only to be completed if the LWOP period ended prior to December 2011.

Ce formulaire doit être rempli dans les cinq jours ouvrables suivant la date d'une transaction de cessation d'emploi pour un employé contribuant au régime de pension de retraite, ou dans les cinq jours ouvrables suivant une requête du Centre des pensions.

Ce formulaire est requis dans certaines situations d'augmentation de salaire rétroactive. Pour ces situations la date limite de cinq jours ouvrables ne s'applique pas.

Partie 1 : À être remplie par le conseiller en rémunération ou une personne désignée.

Cocher la case « formulaire initial » et envoyer au Centre des pensions dans les cinq jours ouvrables suivant la date d'une transaction de cessation d'emploi.

Dès que le compte est finalisé (indemnités de fin d'emploi, recouvrements et trop-payés sont entrés dans le système) cocher la case « compte finalisé » et envoyer une copie du formulaire au BP. Nota : Le BP remplira la partie 2 du formulaire seulement lorsque la case « compte finalisé » est cochée.

Partie 1A : Traitement annuel final et indemnité ouvrant droit à pension

Cette section doit être remplie en cas de cessation d'emploi lorsque la date du RE est de deux années ou plus suivant la date d'adhésion au régime, ou en cas de cessation d'une situation de double emploi.

Partie 1B : Dette envers l'État

Lorsqu'il y a possibilité d'une dette envers l'État qui devra être recouvrée d'un paiement de pension, le Centre des pensions doit être avisé dans les 14 jours ouvrables suivant la transaction de cessation d'emploi, même si le montant de la dette n'est pas encore établi. Une confirmation du montant de la dette ne doit pas entraîné de retard à remplir le formulaire et le faire suivre au Centre des pensions.

Il faut rapporter le montant total de la dette impayée avant tout recouvrement effectué à partir des indemnités de fin d'emploi. Ces recouvrements seront rapportés par le BP (voir partie 2B).

Si le montant de recouvrement suggéré n'est pas spécifié, les recouvrements seront faits à raison de 10 % du montant brut de la pension de base.

Partie 1C : Déductions

Cette section est utilisée pour rapporter les déductions applicables telles que décrites dans la section C. Remplir cette section seulement si le participant au régime est âgé d'au moins 50 ans à la date de cessation d'emploi, ou en cas d'admissibilité à la retraite pour des raisons médicales.

Partie 2A : Rachat(s) de service

Ne remplir cette section que si la partie 1A a été remplie. Les cotisations additionnelles de Service Correctionnel Canada (SCC) doivent être rapportées. Ajouter une feuille séparée si vous manquez d'espace.

Partie 2B : Dette envers l'État

La dette non recouvrée correspond au montant total de la dette moins le montant recouvré.

Partie 2C : Montant du facteur d'équivalence

Rapporter le facteur d'équivalence (FE) pour l'année de fin d'emploi seulement.

Partie 2D : Périodes de CNP et insuffisances de cotisations de pension en souffrance

Ne remplir cette section que si vous avez déjà rempli la partie 1A et que la période de CNP a pris fin avant décembre 2011.

Partie 2E : Insuffisances de prestations supplémentaires de décès en souffrance

Cette section doit être remplie seulement si la période de CNP a pris fin avant décembre 2011.