



ENROLMENT INFORMATION AND ACKNOWLEDGEMENT OF PLAN MEMBERSHIP / RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉSION ET CONFIRMATION DE LA PARTICIPATION AU RÉGIME

Provision of the information requested on this document is voluntary (except Section B) and is being collected in accordance with the Public Service Superannuation Act (PSSA) for plan enrolment, service buyback and pension benefit purposes.

La communication des renseignements demandés dans ce document est facultative (à l'exception de la section B) et sont recueillis en vertu de la Loi sur la pension de la fonction publique (LPFP) pour fins d'adhésion au régime, rachat de service et avantages de retraite.

This form must be completed in dark ink using capital letters or completed electronically at:

www.tpsgc-pwgsc.gc.ca/remuneration-compensation/form/571.pdf

Ce formulaire doit être rempli à l'encre foncée en lettres majuscules ou électroniquement à :

www.tpsgc-pwgsc.gc.ca/remuneration-compensation/form/571.pdf

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 / 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 571 (%&/2009)



STDHDR



001

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

SECTION A

ADDITIONAL PERSONAL INFORMATION

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ADDITIONNELS

Work Telephone Number - Numéro de téléphone au travail

Work Fax Number - Numéro de télécopieur au travail

Alternate Email Address (optional) - Autre adresse électronique (facultative)

SECTION B

ACKNOWLEDGEMENT OF PLAN MEMBERSHIP

The completion of this section is mandatory. All the information requested is being collected under the authority of the Treasury Board for the administration of the *Public Service Superannuation Act* and will be protected under the provisions of the *Privacy Act* in Personal Information Bank Number PWGSC PCE 702. Access to this information is controlled by the Director General of the Public Service Pension Centre.

Carefully read instructions before completing.

The Orientation Information kit and the Notification of Plan Membership should be read prior to the completion of this form.

Check the boxes to acknowledge receipt of the Notification of Plan Membership and indicate that you have read and are aware of the information supplied.

Sign and date the form.

I acknowledge that I received a Notification of Plan Membership.
Je confirme avoir reçu l'avis concernant la participation au régime.

I have read the information included with the form and I am aware that I may obtain further information about the Public Service pension plan at: www.pensionandbenefits.gc.ca.
J'ai pris connaissance des renseignements contenus dans le présent formulaire et je sais que je peux obtenir de plus amples renseignements sur le régime de pension de la fonction publique en visitant le portail à l'adresse : www.pensionetavantages.gc.ca.

I am aware that I may be entitled to buy back prior service and that buying back service in the first year of being a plan member may be to my advantage because the costing method is different.
Je sais que je pourrais être admissible au rachat de service antérieur et que le rachat de ce service au cours de ma première année en tant que participant au régime pourrait être à mon avantage parce que le calcul du coût est différent.

I am aware that I may be entitled to transfer pension credits under a Pension Transfer Agreement (PTA).
Je sais que je pourrais être admissible au transfert de droits à pension en vertu d'un accord de transfert de pensions (ATP).

I am aware that I may designate a beneficiary for my Supplementary Death Benefit (SDB).
Je sais que je peux désigner un bénéficiaire pour ma prestation supplémentaire de décès.

CONFIRMATION DE LA PARTICIPATION AU RÉGIME

Cette section doit obligatoirement être remplie. Les renseignements demandés dans cette section sont recueillis avec l'autorité du Conseil du Trésor aux fins d'administration de la *Loi sur la pension de la fonction publique* et seront protégés en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels* dans le fichier de renseignements personnels numéro TPSGC PCE 702. L'accès à ces renseignements est contrôlé par le directeur général du Centre des pensions de la fonction publique.

Lire les instructions attentivement avant de remplir.

Avant de remplir le formulaire, la trousse d'information pour fins d'orientation et l'avis concernant la participation au régime devraient avoir été lus.

Veillez cocher les cases suivantes pour confirmer que vous avez reçu l'avis concernant la participation au régime et que vous avez pris connaissance des renseignements fournis.

Veillez signer le formulaire et y inscrire la date.

Signature	Date (Y-A M D-J)
-----------	---------------------

PWGSC-TPSGC 571 (%&/2009)

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

SECTION C

EMPLOYMENT SUMMARY

Indicate if you do or do not have service in each of the three categories listed. If you answer "yes" to any of the three questions, indicate the name of the organization(s), the start and end dates of the applicable periods, whether or not you participated in a pension plan, and the type of benefit(s) received upon termination. Providing this information will help identify opportunities to increase your pensionable service.

ANTÉCÉDENTS PROFESSIONNELS

Indiquez si vous avez acquis ou non du service dans chacune des trois catégories ci-dessous. Dans l'affirmative, indiquez le nom de l'organisation (des organisations) auprès de laquelle (desquelles) vous avez acquis ce service ainsi que les dates de début et de fin du service applicable. Précisez également si vous participiez à un régime de pension ainsi que le type de prestation(s) reçue(s) à votre cessation d'emploi. En fournissant cette information vous permettrez d'identifier les possibilités d'augmenter votre service ouvrant droit à pension.

Do you have any prior Federal Public Service? (If "yes", please provide details below.)
 Comptez-vous du service antérieur au sein de la fonction publique fédérale? (Si « oui », veuillez fournir des détails ci-dessous.)

Yes - Oui No - Non

Do you have service with any other organization where you were a member of their registered pension plan? (If "yes", please provide details below.)
 Comptez-vous du service au sein de toute autre organisation en tant que participant à leur régime de pension agréé? (Si « oui », veuillez fournir des détails ci-dessous.)

Yes - Oui No - Non

Do you have service with any of the following pension plans? (If "yes", please provide details below.)
 Comptez-vous du service en tant que participant au régime de pension d'au moins un des groupes suivants? (Si « oui », veuillez fournir les détails ci-dessous.)

Yes - Oui (If "yes", please check the appropriate box(es)) - (Si « oui », veuillez cochez la (les) case(s) appropriée(s)) :

No - Non

- | | | | |
|---------------------------------------|---|---|--|
| Federal Judges
Juges fédéraux | Members of Parliament
Parlementaires | Lieutenant-Governor
Lieutenants-Gouverneur | Diplomatic Service
Service diplomatique |
| Canadian Forces
Forces canadiennes | RCMP
GRC | | |

If you have service with the Canadian Forces or RCMP, provide your Regimental No./Rank and your CF/RCMP Pension No.
 Si vous avez du service avec les Forces canadiennes ou la GRC, indiquez votre numéro de matricule/grade et votre numéro de pension des FC/GRC.

Regimental No. or Rank N° de matricule ou grade	
CF or RCMP Pension No. N° de pension des FC ou de la GRC	

In order to ensure pensionable service is calculated correctly, the pension administrator requires the above information.

L'administrateur du régime de pension exige les renseignements ci-dessus afin de s'assurer que le calcul du service ouvrant droit à pension est exact.

You may only accrue up to a maximum of 35 years of pensionable service under the Public Service pension plan. This 35-year maximum includes service that is pensionable under certain other federal government pension plans for which you retain a benefit entitlement, such as the Canadian Forces pension plan or the Royal Canadian Mounted Police pension plan.

Vous pouvez seulement accumuler jusqu'à un maximum de 35 ans de service ouvrant droit à pension conformément au régime de pension de retraite de la fonction publique. Ce maximum de 35 ans inclut le service ouvrant droit à pension conformément à d'autres régimes de retraite gouvernementaux fédéraux pour lesquels vous retenez un droit aux prestations tel que le régime de retraite des Forces canadiennes ou le régime de retraite de la Gendarmerie royale du Canada.

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

Form No. - N° de formulaire

PRI - CIDP

Pension No. - N° de pension

Name of Organization Nom de l'organisation	Periods of Service Périodes de service		Participated in pension plan Participation à un régime de pension		Type of benefit(s) received on termination of employment Type de prestation(s) reçue(s) à la cessation d'emploi
	From - Du (Y-A M D-J)	To - Au (Y-A M D-J)	Yes Oui	No Non	

Attach a separate sheet if space is insufficient - Joindre une autre feuille s'il manque d'espace.

SECTION D

MEMBER'S ELIGIBLE DEPENDANTS

For the purpose of determining a plan member's eligible dependants, provide the full name of your spouse or common-law partner (if applicable) and the full name and date of birth for any children under the age of 25 (if applicable), to assist in the payment of potential benefits in the event of your death.

Note: You are required to submit proof of your marital status and proof of age for your children to the pension plan administrator (photocopies are accepted).

PERSONNES À CHARGE ADMISSIBLES DU PARTICIPANT AU RÉGIME

Afin d'identifier vos personnes à charge admissibles, veuillez fournir, le cas échéant, le nom complet de votre conjoint(e) ainsi que le nom complet et la date de naissance de vos enfants âgés de moins de 25 ans. Ces renseignements faciliteront le versement des prestations éventuelles, si vous décédez.

Nota : Vous devez fournir la preuve de votre état civil et de l'âge de vos enfants à l'administrateur du régime de pension (les photocopies sont acceptées).

Marital Status - État civil

Single
Célibataire

Married
Marié(e)

Widowed
Veuf(ve)

Divorced
Divorcé(e)

Separated
Séparé(e)

Common-law Relationship
Conjoint(e) de fait

Identify the following if applicable : Le cas échéant, veuillez fournir les renseignements suivants :	Surname and Given name(s) Nom et prénom(s)	Date of Birth Date de naissance (Y-A M D-J)
Spouse or common-law partner Conjoint(e) ou conjoint(e) de fait		
Child Under Age 25 Enfant de moins de 25 ans		
Child Under Age 25 Enfant de moins de 25 ans		
Child Under Age 25 Enfant de moins de 25 ans		
Child Under Age 25 Enfant de moins de 25 ans		

Attach a separate sheet if space is insufficient - Joindre une autre feuille s'il manque d'espace.

PWGSC-TPSGC 571 (1&/2009)

INSTRUCTIONS

DIRECTIVES

Please complete all sections of this form.

Veillez remplir toutes les sections du présent formulaire.

Both the Personal Record Identifier (PRI) and Pension Number can be found on your Notification of Plan Membership.

Vous trouverez votre code d'identification de dossier personnel (CIDP) et votre numéro de pension dans votre avis concernant la participation au régime.

This form must be mailed to:

Le formulaire doit être envoyé par la poste à :

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

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