



PLAN MEMBER CONTACT INFORMATION COORDONNÉES DU PARTICIPANT AU RÉGIME

The personal information requested on this document is provided by the compensation advisor of the employing organization for the purpose of conveying eligibility information to the data subject. The information is being collected in accordance with the *Public Service Superannuation Act* (PSSA). This personal information will be stored in Personal Information Bank Number PWGSC PCE 702 and may be requested under the *Privacy Act*. PWGSC will respect the provisions of the *Privacy Act* in its handling of the information. The personal information will be retained for a period of two years following the last administrative action, after which the documents will be destroyed.

Les renseignements personnels requis sur le présent document sont fournis par le conseiller en rémunération de l'employeur aux fins de transmettre des informations d'éligibilité à la personne concernée. Les renseignements sont recueillis aux fins de l'administration de la *Loi sur la pension de la fonction publique* (LPFP). Tous les renseignements personnels seront versés au fichier de renseignements personnels numéro TPSGC PCE 702 et peuvent être exigés en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. TPSGC traitera les demandes de renseignements conformément aux dispositions de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Les renseignements personnels seront conservés pour une durée de 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

 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 577 (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

ADDITIONAL PLAN MEMBER PERSONAL INFORMATION

To be completed by the Compensation Advisor

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUPPLÉMENTAIRES DU PARTICIPANT AU RÉGIME

À être remplie par le conseiller en rémunération

Work Telephone No. (optional) N° de téléphone au bureau (facultatif)	Work Fax No. (optional) N° de télécopieur au bureau (facultatif)
---	---

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

Department - Ministère	Location - Lieu	Date (Y-A M D-J)
------------------------	-----------------	------------------

Name of Compensation Advisor - Nom du conseiller en rémunération

Signature of Compensation Advisor - Signature du conseiller en rémunération

Tel. No. of Compensation Advisor N° de téléphone du conseiller en rémunération	Fax No. of Compensation Advisor N° de télécopieur du conseiller en rémunération
---	--

INSTRUCTIONS

This form is to be completed by the employing organization when an employee becomes eligible to contribute to the Public Service pension plan. This information will allow the pension administrator to communicate with the plan member directly. A delay in forwarding this information to the pension administrator could result in communications to the plan member being sent to the employing organization.

Please note that the Pension Number is not required.

This form is to be forwarded to the pension administrator by **fax (1-418-566-6298)**. If a fax machine is not available, the form can be mailed to:

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

DIRECTIVES

Le présent formulaire doit être rempli par l'organisme employeur lorsqu'un employé devient admissible à cotiser au régime de pension de retraite de la fonction publique. Les renseignements qu'il contient permettront à l'administrateur du régime de pension de communiquer directement avec le participant au régime. Si cette information tardait à être envoyée à l'administrateur du régime de pension, les communications destinées au participant au régime pourraient être transmises à l'organisme employeur.

Veillez noter que le numéro de pension n'est pas requis.

Le formulaire doit être envoyé à l'administrateur du régime de pension par **télécopieur (1-418-566-6298)**. Si un télécopieur n'est pas disponible, le formulaire peut être envoyé à l'adresse suivante :

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