



Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes (LPRFC 105) Demande de réduction de versements

Énoncé de confidentialité

La collecte des renseignements personnels est requise en vertu de l'alinéa 7(1)d) et de l'article 13 de la *Loi sur le ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux*, à des fins d'administration de la *Loi sur la pension de retraite des Forces canadiennes* (LPRFC). Le refus de fournir les renseignements personnels demandés ou le fait de communiquer des renseignements incorrects, peut entraîner la perte des avantages et/ou des retards dans le traitement ou encore des inexactitudes dans les estimations de pension, les avantages ou les relevés de pension. Les renseignements personnels sont protégés et ne sont utilisés et communiqués que conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels* et de la façon décrite dans le fichier de renseignements personnels TPSGC PCU 702 – Administration des pensions fédérales. Aux termes de la Loi, les personnes ont le droit de consulter leurs renseignements personnels et de demander des corrections s'ils sont erronés ou incomplets.

Ce formulaire doit être rempli électroniquement. Si impossible, veuillez le remplir à l'encre foncée en lettres majuscules.

Renseignements personnels du participant au régime

Grade	Nom	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Prénoms	Numéro de pension	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Date de naissance (aaaammjj)	Langue de préférence	Numéro de matricule
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français	<input type="text"/>
Adresse du domicile	Numéro d'appartement	
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
		Numéro de téléphone de préférence
<input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Ville	Province	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Code postal	Pays	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Adresse électronique (facultative)		
<input type="text"/>		

À L'USAGE DU BUREAU SEULEMENT	Numéro de formulaire	Numéro de cas
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

LPRFC 105 (2014-11-001)

Canada

001

À L'USAGE DU BUREAU SEULEMENT		
Numéro de formulaire	Numéro de matricule	Numéro de pension

(Ce formulaire est à l'usage des contributeurs qui, conformément au paragraphe 14(4) du *Règlement sur la pension de retraite des Forces canadiennes*, demandent une réduction du montant qu'ils versent mensuellement, ayant choisi, sous le régime de la *Loi sur la pension de retraite des Forces armées canadiennes*, de payer pour du service ouvrant droit à pension et accompagné d'option.)

Partie I - Demande de réduction

1. Je,

_____ (Prénoms au long, suivis du nom de famille)

_____, _____, _____
 (Numéro de matricule) (Grade) (Base ou autre unité ou élément)

certifie que les versements que j'effectue à l'égard de mon service antérieur ouvrant droit à pension et accompagné d'option, que j'ai choisi de faire sous le régime de la *Loi sur la pension de retraite des Forces armées canadiennes*,

soient réduits de _____ \$ à _____ \$ par mois.

2. Je certifie que je fais cette demande parce que je me trouverais dans une situation financière extrêmement difficile, ce qu'il m'était impossible de prévoir au moment où j'ai fait mon choix, si on m'obligeait de faire des versements au même taux qu'à l'heure actuelle; je sou mets les renseignements suivants pour établir le bien-fondé de ma demande (se servir de feuilles supplémentaires au besoin) :

3. J'annexe les documents suivants à l'appui de la présente demande :

- (a) un relevé par l'officier comptable, de mes recettes et dépenses courantes se présentant chaque mois;
- (b) un état détaillé de toutes les dépenses auxquelles je dois faire face, y compris le logement, la nourriture, les frais médicaux de famille, les frais divers, etc.;

ET

- (c) un état détaillé de mes revenus autres que ma solde et mes allocations.

Signé à _____ ce _____ jour de _____, _____
 (Lieu) (Date de demande) (Année)

Témoin attestant la signature du contributeur

 (Signature du témoin) (Signature du contributeur)

À L'USAGE DU BUREAU SEULEMENT

Numéro de formulaire

Numéro de matricule

Numéro de pension

Partie II - Récépissé de la demande

4. La demande ci-dessus formulée m'est parvenue le _____ jour de _____ , _____
(Mois) (Année)

(Commandant ou personne désignée par le ministre)

(Date)
(aaaa-mm-jj)

(Base ou autre unité élément)

Partie III - Certificat médical

(L'examen médical doit avoir lieu dans les 90 jours qui précèdent ou qui suivent immédiatement la date de la demande, à moins que le ministre n'en décide autrement.)

5. Je certifie que le contributeur a subi un examen médical visant à déterminer s'il est mentalement et physiquement apte à s'acquitter de ses fonctions en tant que membre des forces et de (cocher (✓) la case appropriée) :

(a) le résultat de l'examen A ÉTÉ SATISFAISANT :

OU

(b) le résultat de l'examen N'A PAS ÉTÉ SATISFAISANT.

(Date de l'examen)
(aaaa-mm-jj)

(Signature du médecin militaire ou du médecin civil)

(Base ou autre unité ou élément)

(Nom et titre au long, en lettres moulées)

Form available in English - CFSA 105E

Conserver un exemplaire pour vos dossiers et retourner la copie originale du formulaire au Centre de pension à l'adresse suivante :

Travaux publics et Services gouvernementaux du Canada
Centre des pensions du gouvernement du Canada - Service du courrier
150 Boulevard Dion
CP 9500
Matane QC G4W 0H3