



## Notification of Rehabilitation Leave, Education Leave (with allowance) or Dual Employment - same pay office, same department Avis de congé de réadaptation, de congé d'études (avec allocation) ou de double emploi - même bureau de paye, même ministère

This information is being collected in accordance with the *Public Service Superannuation Act* (PSSA) for the purpose of calculating pension contributions and is important to making a decision directly affecting the plan member. 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 this Act, employees have the right to request access to their personal information and to request corrections should they believe the information contains errors or omissions. Personal information provided about another individual may be accessible to that person under the *Privacy Act*. The records will be retained by the department for two years following the last administrative action, and then will be destroyed.

Ces renseignements sont recueillis aux fins de la *Loi sur la pension de la fonction publique* (LPFP) afin de calculer les cotisations de pension et sont essentiels à une prise de décision affectant directement le participant au régime. Les renseignements personnels seront versés au fichier de renseignements personnels numéro TPSGC PCU 702 et seront protégés, utilisés et divulgués conformément aux dispositions de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Aux termes de cette loi, les employés ont le droit d'exiger qu'on leur communique les renseignements personnels les concernant et de faire corriger les données qu'ils considèrent être incomplètes ou erronées. Les renseignements personnels fournis au sujet d'une autre personne peuvent être communiqués à celle-ci en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Le ministère conservera les renseignements pendant 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

Preferred Telephone No.  
N° de téléphone de préférence

 English  
Anglais  French  
Français

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 140 (05/2011)



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

**Carefully read instructions before completing.**

The compensation advisor/employer representative must complete and forward this form to the Public Service Pension Centre (Pension Centre) before the processing of the applicable pay activities. The form is to be completed when a plan member:

- returns to his/her regular scheduled hours of work following a period of Rehabilitation Leave (reduced hours).
- returns to work following a period of Educational Leave Without Pay (LWOP) where an allowance was payable. The form is not required for Educational LWOP where **no** allowance was payable.
- on LWOP from his/her substantive position becomes engaged in a dual employment situation **within the same pay office and same department only**.

Once the form is received at the Pension Centre, the plan member will be informed of the deficiencies owing for his/her periods of Rehabilitation Leave or Educational LWOP (with allowance), as well as his/her payment options. In the case of a dual employment situation (same pay office, same department), the Pension Centre will ensure that the recovery of deficiencies for the period of LWOP (excluding periods of dual employment) is deferred until the plan member returns to work following his/her original LWOP.

Once completed, send the original form to:

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

You may wish to retain a copy of the completed form for your records.

**Lire les instructions attentivement avant de remplir.**

Le conseiller en rémunération/représentant de l'employeur doit remplir ce formulaire et l'envoyer au Centre des pensions de la fonction publique (Centre des pensions) avant le traitement des entrées de paye applicables. Le formulaire doit être rempli lorsqu'un participant au régime :

- reprend son horaire de travail normal à la suite d'une période de congé de réadaptation (heures réduites).
- retourne au travail suivant une période de congé d'études non payé où une allocation est payable. Ce formulaire n'est pas requis dans le cas d'un congé d'études non payé lorsqu'**aucune** allocation n'a été versée.
- est en CNP de son poste d'attache et qu'il est employé dans une situation de double emploi **au sein du même bureau de paye et du même ministère seulement**.

Dès la réception du formulaire, le Centre des pensions avisera le participant au régime du montant d'insuffisances de cotisations qu'il doit relativement aux périodes de congé de réadaptation ou de congé d'études non payé (avec allocation), ainsi que des modalités de paiement qui lui sont disponibles. S'il s'agit d'une situation de double emploi (même bureau de paye, même ministère), le Centre des pensions veillera à ce que le recouvrement des insuffisances de cotisations pour la période de CNP (sauf les périodes de double emploi) soit reporté jusqu'à ce que le participant au régime retourne au travail après son CNP d'origine.

Une fois rempli, faites parvenir l'original à l'adresse suivante :

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

Vous pouvez conserver une copie du formulaire rempli pour vos dossiers.

**PART 1: PERIOD OF SERVICE - COMPLETE IN ALL CASES  
PARTIE 1 : PÉRIODE DE SERVICE - REMPLIR DANS TOUS LES CAS**

Dept. Min.	PO BP	PL LP
Start Date of Approved Rehabilitation Leave/Approved Educational LWOP (with allowance)/Period of Dual Employment (same pay office, same department) Date de début du congé de réadaptation approuvé / du congé d'études non payé (avec allocation) approuvé / de la période de double emploi (même bureau de paye, même ministère)  <p align="center">(Y - A M D-J)</p>		End Date of Approved Rehabilitation Leave/Approved Educational LWOP (with allowance)/Period of Dual Employment (same pay office, same department) Date de fin du congé de réadaptation approuvé / du congé d'études non payé (avec allocation) approuvé / de la période de double emploi (même bureau de paye, même ministère)  <p align="center">(Y - A M D-J)</p>

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

Form No. - N° de formulaire

PRI - CIDP

Pension No. - N° de pension

**PART 2: PERIOD OF LWOP - COMPLETE FOR PART-TIME EDUCATIONAL LWOP (WITH ALLOWANCE) ONLY  
PARTIE 2 : PÉRIODE DE CNP - REMPLIR EN CAS DE CONGÉ D'ÉTUDES NON PAYÉ À TEMPS PARTIEL  
(AVEC ALLOCATION) SEULEMENT**

Indicate the days that were taken off for Educational LWOP during the period of service indicated in Part 1. The schedule of days off (ie off every Friday) can be provided, however, any changes in the schedule during the period of service must also be reported.

Indiquer les jours non travaillés pour le congé d'études non payé durant la période de service indiquée dans la Partie 1. L'horaire des jours non travaillés (p. ex. congé tous les vendredis) peut être fourni, cependant, toute modification à l'horaire durant la période de service doit également être rapportée.

LWOP days/hours **OR** provide schedule of days taken off during part-time LWOP  
Jours/heures de CNP **OU** fournir l'horaire des jours non travaillés durant le CNP à temps partiel

**PART 3: COMPENSATION ADVISOR/EMPLOYER REPRESENTATIVE CERTIFICATION  
PARTIE 3 : ATTESTATION DU CONSEILLER EN RÉMUNÉRATION/REPRÉSENTANT DE L'EMPLOYEUR**

Name - Nom (Capital letters - Lettres majuscules)

Tel. No. - N° de tél.

Facsimile No. - N° de télécopieur

Email Address - Adresse électronique

Signature

Date (Y-A M D-J)