

**Public Service Superannuation Act
Screening Form for Public Service Corporations**

**Loi sur la pension de la fonction publique
Formulaire d'admissibilité pour les sociétés d'État**

INSTRUCTIONS

- A. Part I and Part III of this form must be completed by the employing agency whenever the employee is required to contribute to the Superannuation account / Pension Fund in accordance with Section 5(1) of the Public Service Superannuation Act (PSSA).
- B. Part II must be completed whenever the employee has completed a qualifying period of employment in accordance with Section 5(1)(b) of the PSSA.

INSTRUCTIONS

- A. L'organisme employeur doit remplir la partie I et la partie III du formulaire au moment où l'employé doit commencer à cotiser au compte de pension de retraite/fonds de retraite conformément à l'article 5(1) de la Loi sur la pension de la fonction publique (LPFP).
- B. On doit remplir la partie II lorsque l'employé a complété une période d'admissibilité conformément à l'article 5(1)(b) de la LPFP.

PART I: EMPLOYEE DATA - PARTIE I : DONNÉES SUR L'EMPLOYÉ

Surname - Nom		Given Names - Prénoms		Superannuation No. N° de pension de retraite	
Address - Adresse				Personal Record Identifier Code d'identification de dossier personnel	
				Language Preference - Langue préférée <input type="checkbox"/> English / Anglais <input type="checkbox"/> French / Français	
Federal Organization - Organisme fédéral		Branch - Direction		Location - Lieu	
Date of Birth Date de naissance Y-A M D-J		Sex - Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Marital Status - État civil <input type="checkbox"/> Single / Célibataire <input type="checkbox"/> Married / Marié <input type="checkbox"/> Widowed / Veuf <input type="checkbox"/> Divorced / Divorcé <input type="checkbox"/> Separated / Séparé <input type="checkbox"/> Common-law Relationship or Same-sex Partner / Conjoint de fait ou partenaire de même sexe	
Present Spouse/Partner - Conjoint ou partenaire actuel		Spouse/Partner's Date of Birth Date de naissance du conjoint ou partenaire		Address - Adresse	
Name of living children (including natural child, step-child, adopted child) - Nom des enfants vivants (y compris les enfants naturels ou adoptés, beau-fils ou belle-fille)					
Name - Nom		Date of Birth Date de naissance		Name - Nom	
Former Spouse/Partner - Conjoint ou partenaire précédent <input type="checkbox"/> Deceased / Décédé <input type="checkbox"/> Divorced / Divorcé					
Type of Employment - Catégorie d'emploi <input type="checkbox"/> Indeterminate / Durée indéterminée <input type="checkbox"/> Part-time indeterminate / Durée indéterminée à temps partiel <input type="checkbox"/> Seasonal / Saisonnier <input type="checkbox"/> Part-time term (more than 6 months) / Durée déterminée à temps partiel (plus de 6 mois)				Type of Appointment - Genre de nomination <input type="checkbox"/> Term (6 months or less) / Durée déterminée (6 mois ou moins) <input type="checkbox"/> Term (more than 6 months) / Durée déterminée (plus de 6 mois) <input type="checkbox"/> New / Première <input type="checkbox"/> Re-appointment / Renouvellement	
Effective date of becoming a contributor and scheduled hours of work per week Date du début des cotisations et heures régulières de travail par semaine			Name and address of previous employer (if a transfer) Nom et adresse de l'employeur précédent (dans le cas d'une mutation)		
Y-A M D-J		a.m. / p.m.		Assigned work week / Semaine désignée de travail	
				Scheduled hours of work / Heures régulières de travail	
Is this employee currently receiving remuneration on two paylists either within your organization or from another organization within the public service. L'employé est-il actuellement rémunéré aux termes de deux listes de paye, soit au sein de votre organisme ou d'un autre organisme dans la fonction publique.				<input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non	
Did this employee serve with the Canadian Forces or the Royal Canadian Mounted Police prior to entering the public service. If applicable, state the Rank, Service No. and Branch or Service.				<input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non Cet employé a-t-il servi dans les Forces canadiennes ou dans la Gendarmerie royale du Canada avant d'entrer au service de la fonction publique. Le cas échéant, indiquer le grade, le numéro matricule, la direction générale ou le service.	
Rank - Grade		Service Number - Numéro matricule		Branch or Service - Direction générale ou service	

PART II: RECORD OF QUALIFYING SERVICE - PARTIE II : RELEVÉ DE LA PÉRIODE D'ADMISSIBILITÉ

Instruction: Report any prior public service that may be considered as substantially continuous for the purposes of Section 5(1)(b) of the PSSA. / **Instruction :** Indiquer toute période d'emploi sans interruption sensible dans la fonction publique aux fins de l'article [5(1)(b)] de la LPFP.

A. Start Date of Substantially Continuous Service (5(1)(b)) Début de la période d'emploi sans interruption sensible (5(1)(b))		Type of Employment (See Part I above) Catégorie d'emploi (Voir la partie I ci-dessus)		Scheduled hours of work per week, as of start date Nombres d'heures régulières de travail au début de la période d'emploi		Employing Department or Agency Ministère ou organisme employeur			
Y-A M D-J		a.m. / p.m.							
				Assigned work week as of start date Semaine désignée de travail au début de la période d'emploi					
B. Periods of continuous employment in the public service commencing with the start date indicated in (A) above. Périodes d'emploi sans interruption sensible dans la fonction publique, en commençant par la date de début inscrite en (A) ci-dessus.				Type of Employment Catégorie d'emploi		Employing Department or Agency Ministère ou organisme employeur		Remarks Remarques	
From - De		To - Au							
Y-A M D-J		a.m. / p.m.		Y-A M D-J		a.m. / p.m.			

PART III: PART III: CERTIFICATION - PARTIE III : ATTESTATION

I certify that the above is an accurate transcript of official records and that in my opinion this employee is required to contribute to the PSSA in accordance with section 5(1). Je certifie que les renseignements ci-dessus sont conformes à ceux contenus dans les dossiers officiels et j'estime que l'employé doit cotiser à la LPFP aux termes de l'article 5(1).		<input type="checkbox"/>	
Signature of Personnel Officer - Signature de l'agent du personnel		Location - Lieu	
Date (Y-A M D-J)		Telephone No. - N° de téléphone	