



PENSION BENEFITS DIVISION Certification of Leave Without Pay

Provision of the information requested on this document is required in accordance with the *Pension Benefits Division Act* (PBDA) for the purpose of certifying contributions for periods of leave without pay. This information is stored in Personal Information Bank number PWGSC PCE 705 and is protected from disclosure to unauthorized persons/agencies pursuant to the provisions of the *Privacy Act*. Under the Act you have the right to request access to your personal information, held by a federal government institution, and to request corrections should you believe the information contains errors or omissions. Personal information that you provide about another individual may be accessible to that person under the *Privacy Act*.

INSTRUCTIONS

Personnel Office:

This form is to be completed by the employing department or agency to report periods of authorized leave without pay (LWOP) which occurred or were paid for during periods of cohabitation. It is not necessary to report periods of LWOP and deficiencies recovery where both the leave and the recovery of deficiencies occurred during the period of cohabitation. A separate form must be completed for each period of cohabitation. Upon completion, this form may be forwarded to the appropriate pay office for certification.

Pay Office:

The certified form is to be forwarded to the Superannuation, Pension Transition and Client Services Sector.

PARTAGE DES PRESTATIONS DE RETRAITE Certification de congés non payés

La communication des renseignements demandés dans ce document est requise en vertu de la *Loi sur le partage des prestations de retraite* (LPPR) afin de certifier les cotisations versées à l'égard de périodes de congé non payé. Ces renseignements seront consignés dans le fichier de renseignements personnels numéro TPSGC PCE 705, et ils seront protégés contre toute divulgation à des personnes ou à des organismes non autorisés, conformément aux dispositions de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Aux termes de ladite loi, vous avez le droit de vous faire communiquer les renseignements personnels vous concernant et conservés par une institution du gouvernement fédéral et de demander des corrections si, selon vous, ils sont erronés ou incomplets. Les renseignements personnels que vous fournissez au sujet d'une autre personne peuvent être communiqués à celle-ci en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*.

INSTRUCTIONS

Bureau du personnel :

Ce formulaire doit être rempli par l'organisme ou le ministère employeur pour faire état des périodes de congé non payé (CNP) autorisé qui ont eu lieu ou qui ont été remboursées durant les périodes de cohabitation. Il n'est pas nécessaire de faire état des périodes de CNP et du recouvrement des insuffisances lorsque le congé et le recouvrement ont eu lieu durant la période de cohabitation. Un formulaire distinct doit être rempli pour chaque période de cohabitation. Lorsque rempli, le formulaire doit être transmis au bureau de paye approprié pour certification.

Bureau de paye :

Le formulaire certifié doit être transmis au Secteur des Pensions de retraite, Regroupement des pensions et Services à la clientèle.

PART A - TO BE COMPLETED BY THE PERSONNEL OFFICE PARTIE A - À ÊTRE REMPLIE PAR LE BUREAU DU PERSONNEL

Name of Contributor - Nom du cotisant			PRI - CIDP	Superannuation No. N° de pension de retraite
Department - Ministère	Paylist No. N° de la liste de paye	Employee No. N° de l'employé	PSTD Effective Date Date d'entrée en vigueur de la PVP	PSTD Cessation Date Date de fin de la PVP
Authorized Leave Without Pay (Y-M-D) Congés non payés autorisés (A-M-J)		Contribution Deficiencies Insuffisances de cotisations		Reason Code Code justificatif
From - Du	To - Au	Codes	Explanation - Explication	
From - Du	To - Au	1	Not paid during PSTD N'ont pas été payées durant la PVP	
From - Du	To - Au	2	Partially paid during PSTD Payées en partie durant la PVP	
From - Du	To - Au	3	Fully paid during PSTD Payées en entier durant la PVP	
From - Du	To - Au	4	Periods of LWOP prior to cohabitation where pension contributions were paid for during the period of cohabitation Périodes de CNP précédant la période de cohabitation où les cotisations de pension ont été payées durant la période de cohabitation	
From - Du	To - Au			

No periods of authorized LWOP occurred during the period of cohabitation, nor were there any pension contribution payments made towards LWOP prior to the period of cohabitation.

Il n'y a eu aucune période de CNP durant la période de cohabitation, et aucun paiement de cotisations de pension à l'égard d'un CNP n'a été effectué avant la période de cohabitation.

I certify that the above data accurately reflects the information contained in the appropriate official records.

Je certifie que les données fournies ci-dessus sont conformes aux renseignements contenus dans les dossiers officiels pertinents.

Personnel Officer - Agent du personnel	Date	Telephone No. - N° de téléphone	Facsimile No. - N° de télécopieur
--	------	---------------------------------	-----------------------------------

PART B - TO BE COMPLETED BY THE PAY OFFICE PARTIE B - À ÊTRE REMPLIE PAR LE BUREAU DE PAYE

Authorized Leave Without Pay Congé non payé autorisé		Amount of Monthly Deductions (Contributions) Montant des retenues mensuelles (cotisations)	Periods of Deductions Périodes de retenues				Total Amount of Contribution Deficiencies Montant total de l'insuffisance de cotisations
From - Du	To - Au		From - Du M	Y - A	To - Au M	Y - A	
From - Du	To - Au		From - Du M	Y - A	To - Au M	Y - A	
From - Du	To - Au		From - Du M	Y - A	To - Au M	Y - A	
From - Du	To - Au		From - Du M	Y - A	To - Au M	Y - A	
From - Du	To - Au		From - Du M	Y - A	To - Au M	Y - A	
From - Du	To - Au		From - Du M	Y - A	To - Au M	Y - A	

I certify that the above data accurately reflects the information contained in the appropriate official records.

Je certifie que les données fournies ci-dessus sont conformes aux renseignements contenus dans les dossiers officiels pertinents.

Paying Officer - Agent de la paye	Date	Telephone No. - N° de téléphone	Facsimile No. - N° de télécopieur
-----------------------------------	------	---------------------------------	-----------------------------------