



## Application for the Refund of PSAC Dues Demande de remboursement des cotisations de l'AFPC

Provision of the information requested on this document is voluntary. Provision of the information requested on this document is voluntary. This information is being collected for the purpose of pay administration and is essential to making a decision directly affecting you. Refusal to respond may result in your not obtaining a refund of your PSAC dues. This information will be stored in Personal Information Bank number PWGSC PCE 705. It is protected from disclosure to unauthorized persons or 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.

La communication des renseignements demandés dans ce document est facultative. Ces renseignements sont recueillis aux fins de l'administration de la paye et sont essentiels pour prendre une décision qui vous concerne directement. Un refus de répondre peut vous priver d'obtenir un remboursement de vos cotisations de l'AFPC. La communication des renseignements demandés dans ce document est facultative. Ces renseignements sont recueillis aux fins de l'administration de la paye et sont essentiels pour prendre une décision qui vous concerne directement. Un refus de répondre peut vous priver d'obtenir un remboursement de vos cotisations de l'AFPC. Ces renseignements seront versés au fichier de renseignements personnels numéro TPSGC PCE 705. Ils sont 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.

### Part 1 - To be Completed by the Employing Department - Partie 1 - À être remplie par le ministère employeur

0 1	To - À <b>Public Service Alliance of Canada</b> <b>Alliance de la fonction publique du Canada</b>  Membership Accounting      Comptabilité des effectifs 233 Gilmour St.                      233, rue Gilmour Ottawa, Ontario                      Ottawa (Ontario) K2P 0P1                                      K2P 0P1	0 2	From (Mailing Address) - De (Adresse postale)
--------	---	--------	---

Authority is requested to refund, through the pay office, union dues for the employee for period and the reason indicated.  
Demande d'autorisation pour rembourser par l'intermédiaire du bureau de paye, les cotisations syndicales de l'employé sous-mentionné, pour la période et les motifs indiqués.

0 3	Pay Off. Bureau de paye	0 4	Department Ministère	0 5	Paylist Liste de paye	0 6	Individual Agency Number Numéro individuel d'organisme	0 7	Family Name Nom de famille	0 8	Initials Initiales
0 9	BUD Code Code IUN	1 0	Abbreviated Class Title Titre abrégé de la classe	1 1	Geographic Location - Location géographique						
1 2	Period of Overpayment Période du trop-payé				1 3	No. of Months Nbre de mois	Calculation of amount of refund to employee - Calcul du montant à rembourser à l'employé				
	From - Du	To - Au					Months Mois	@			
	M	Y - A	M	Y - A			Months Mois	@			<b>Total</b>
1 5	Reason for the Refund - Motif du remboursement										
	Name of Dept. Representative - Nom du représentant du min.					Signature			Telephone No. - N° de téléphone		Date (Y-A M D-J)

### Part II - To be Completed by the Public Service Alliance of Canada - Partie II - À être remplie par l'Alliance de la fonction publique du Canada

1 6	This application for a refund through the pay office is: - Cette demande de remboursement par l'intermédiaire du bureau de paye :										
	Approved as requested above Est approuvée comme indiqué ci-dessus			Approved on the basis of our recalculation as shown below Est approuvée par suite d'un nouveau calcul comme indiqué ci-dessous			Not approved for the reason indicated below N'est pas approuvée pour les raisons indiquées ci-dessous				
1 7	Period of Overpayment Période du trop-payé				1 3	No. of Months Nbre de mois	Calculation of amount of refund to employee - Calcul du montant à rembourser à l'employé				
	From - Du	To - Au					Months Mois	@			
	M	Y - A	M	Y - A			Months Mois	@			<b>Total</b>
1 8	Reason for the Refund - Motif du remboursement										
1 9	Signature of authorized PSAC official - Signature du représentant officiel autorisé de l'AFPC							Telephone No. - N° de téléphone		Date (Y-A M D-J)	