



**CERTIFICATION NOTICE
PENSION SUPPORT SYSTEM**

**AVIS D'ATTESTATION
SYSTÈME DE SOUTIEN À LA PENSION**

Dated - Daté le
Y-A M D-J

Original

Amendment to Original
Modification à l'original



**PART 1: TO BE COMPLETED BY THE DEPARTMENT, CROWN CORPORATION OR AGENCY
PARTIE 1 : À ÊTRE REMPLIE PAR LE MINISTÈRE, LA SOCIÉTÉ D'ÉTAT OU L'ORGANISME**

Surname - Nom de famille				Initials - Initiales	
Dept. - Min.	PO - BP	Paylist - Liste de paye	Superannuation No. N° de pension de retraite	PRI - CIDP	

NOTE: This form should be initiated only after the employee's account has been struck-off strength, that all final payments have been issued and cancelled cheques have been processed in the Regional Pay System.

REMARQUE : Ce formulaire doit être rempli lorsque le compte de l'employé a été rayé de l'effectif, que tous les paiements définitifs ont été émis et que les cancellations de chèques ont été traitées dans le Système régional de paye.

Division of Pension Benefits Partage des prestations de retraite	Cash Termination Allowance Allocation de cessation en espèces	Deferred Option Option différée
Deferred Annuity Pension différée	Retirement Retraite	Transfer Value Valeur de transfert
Capitalized Value Valeur capitalisée	Reciprocal Transfer Agreement Accord réciproque de transfert	Option to follow Option à suivre
Death in Service Décès en cours d'emploi	Transfer between non-RPS Depts. Transfert entre min. qui ne font pas parti du SRP	
Pension Transfer Agreement Accord de transfert de pensions	Transfer Between a Treasury Board Employer and a Crown Corporation/Agency Transfert entre un employeur sous le Conseil du Trésor et une société d'État ou un organisme	

Has the above-mentioned employee been re-employed in the public service? Yes No
Est-ce-que l'employé susmentionné a été réengagé dans la fonction publique? Oui Non

Does the employee work on weekends? L'employé travaille-t-il la fin de semaine?	Yes Oui	No Non	Date of SOS - Date du RE Y-A M D-J
--	------------	-----------	---

FINAL SALARY/SUPERANNUABLE ALLOWANCES CODE - TRAITEMENT FINAL/CODE D'INDEMNITÉS OUVRANT DROIT À PENSION

Final Salary - Traitement final	Final Classification and Level Classification et niveau final		Authority for Final Salary Autorisation du traitement final	Date of Authority Date de l'autorisation Y-A M D-J	
Superannuable Allowance Code Code d'indemnité ouvrant droit à pension	Amount - Montant	Rate Base - Base de taux	Superannuable Allowance Code Code d'indemnité ouvrant droit à pension	Amount - Montant	Rate Base - Base de taux
Superannuable Allowance Code Code d'indemnité ouvrant droit à pension	Amount - Montant	Rate Base - Base de taux	Superannuable Allowance Code Code d'indemnité ouvrant droit à pension	Amount - Montant	Rate Base - Base de taux
Superannuable Allowance Code Code d'indemnité ouvrant droit à pension	Amount - Montant	Rate Base - Base de taux	Superannuable Allowance Code Code d'indemnité ouvrant droit à pension	Amount - Montant	Rate Base - Base de taux

PERSONNEL OFFICER CERTIFICATION - ATTESTATION PAR L'AGENT DU PERSONNEL

Name - Nom		
Telephone No. - N° de téléphone	Facsimile No. - N° de télécopieur	E-mail Address - Adresse de courrier électronique
Mailing Address - Adresse postale		
Signature		Date (Y-A M D-J)

Surname - Nom de famille	PRI - CIDP
--------------------------	------------

PART 2: TO BE COMPLETED BY THE PAY OFFICE - PARTIE 2 : À ÊTRE REMPLIE PAR LE BUREAU DE PAYE

A PENSION ADJUSTMENT (PA) AMOUNT - MONTANT DU FACTEUR D'ÉQUIVALENCE (FE)

To be completed when a termination payment (transfer value, reciprocal transfer agreement and pension transfer agreement) for all post 1989 service is made to a member after December 31, 1996. À être rempli quand un paiement de cessation d'emploi (valeur de transfert, accord réciproque de transfert et accord de transfert de pensions) pour tout le service après 1989 est versé à un participant après le 31 décembre 1996.

Year Année	Pension Adjustment Amount Montant du facteur d'équivalence	Year Année	Pension Adjustment Amount Montant du facteur d'équivalence	Year Année	Pension Adjustment Amount Montant du facteur d'équivalence	Year Année	Pension Adjustment Amount Montant du facteur d'équivalence

B ELECTIONS - OPTIONS

Installments (final notice) - Mensualités (dernier avis)

	From - De		To - À		No. of Months Nbre de mois	Monthly Amount Montant mensuel		From - De		To - À		No. of Months Nbre de mois	Monthly Amount Montant mensuel
	Month Mois	Year Année	Month Mois	Year Année				Month Mois	Year Année	Month Mois	Year Année		
1							10						
2							11						
3							12						
4							13						
5							14						
6							15						
7							16						
8							17						
9							18						

Past service arrears recovered from termination payment Arriérés relatifs au service antérieur recouvrés à même le paiement de cessation	Yes Oui No Non	Amount Montant	Date of Recovery Date de recouvrement	Y-A M D-J
---	-------------------------	-------------------	--	-----------

Default notice of missed election deductions attached Avis de paiement en souffrance de retenues optionnelles ci-joint	Yes Oui	No Non
---	------------	-----------

**C PERIOD OF LEAVE WITHOUT PAY AND OUTSTANDING PENSION CONTRIBUTION DEFICIENCIES
COTISATIONS INSUFFISANTES À UN RÉGIME DE RETRAITE ET PÉRIODE DE CONGÉ NON PAYÉ**

Period of LWOP - Période de congé non payé	From Du	To Au
--	------------	----------

PSSA - CPRFP		PSPF - CRFP Regular Contributions Cotisations régulières		PSPF - CRFP Additional Contributions for Correctional Service (CS) Cotisations supplémentaires pour Service correctionnel (SC)	
Description	Amount - Montant	Description	Amount - Montant	Description	Amount - Montant
PSSA - Single Rate CPRFP - Taux simple		PSPF - Single Rate CRFP - Taux simple		CS/PSPF - Single Rate SC/CRFP - Taux simple	
PSSA - Double Rate CPRFP - Taux double		PSPF - Double Rate CRFP - Taux double		CS/PSPF - Double Rate SC/CRFP - Taux double	
RCA - Single Rate CR - Taux simple		RCA - Single Rate CR - Taux simple		CS/RCA - Single Rate SC/CR - Taux simple	
RCA - Double Rate CR - Taux double		RCA - Double Rate CR - Taux double		CS/RCA - Double Rate SC/CR - Taux double	

D OUTSTANDING SUPPLEMENTARY DEATH BENEFIT DEFICIENCIES - INSUFFISANCES AUX PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES DE DÉCÈS

Amount Outstanding - Montant en souffrance	
--	--

E 35 YEARS OF SERVICE - 35 ANNÉES DE SERVICE

Contributions reduced on - Les cotisations ont été réduites le :	Y-A M D-J
--	-----------

F PAY OFFICE CERTIFICATION - ATTESTATION DU BUREAU DE PAYE

Name - Nom		
Telephone No. - N° de téléphone	Facsimile No. - N° de télécopieur	E-mail Address - Adresse de courrier électronique
Mailing Address - Adresse postale		
_____ Signature		_____ Date (Y-A M D-J)