

INSTRUCTIONS TO EMPLOYEE

Note: You must elect for the entire period of prior Public Service from the date contributions to the Public Service Superannuation Account ceased pursuant to paragraph 5(1) (j) of the Public Service Superannuation Act to the date of this election.

1. Completion of Form

Care should be taken when completing this form since, under most circumstances, an election is a binding, irrevocable agreement. Please ensure that the dates of service are complete and accurate. The dates of service must reflect the entire period of service, i.e. from the first of the month following your 65th birthday or the date you stopped contributing (whichever is later) to the date you sign this form.

2. Forwarding of Form

Once completed, copies 1, 2 and 3 of this form must be forwarded within the prescribed time to Superannuation Directorate or to a designated Pay Office, as indicated by your Personnel Office. Use of registered mail is recommended and the receipt of registration should be retained for your record. The date on which this form is mailed must be indicated in the space provided in Part "B".

Copy 4 should be retained for your record.

3. Past Service

The period of service for this election is subject to the following criteria in order to qualify as elective:

- it must have occurred after January 31, 1976,
- it must have been lost because the employee was in receipt of CPP/QPP retirement benefits after the age of 65.

INSTRUCTIONS TO THE PAY OFFICE AND SUPERANNUATION DIRECTORATE

The date of receipt, registration number and initials must be recorded in the space provided in Part "C".

Start deductions from salary as authorized by the employee, from the date of receipt of the election, and indicate the month in which the first deduction was made. Current contributions will recommence effective the date of this election.

State the salary rate, superannuable allowance rate, standard work week and effective date for each of the salary and superannuable allowance rates entered for the entire period of this election. Rates must be reported in one of the salary units described.

When completed, retain Copy 2, send Copy 3 to the Personnel Office indicated in Part "A" and forward Copy 1 to Superannuation Directorate.

INSTRUCTIONS À L'EMPLOYÉ

Remarque : Vous devez racheter la période entière de service antérieur à la fonction publique à compter de la date où les cotisations au compte de pension de retraite de la fonction publique ont cessé en vertu de l'alinéa 5(1) (j) de la Loi sur la pension de la fonction publique jusqu'à la date de cette option.

1. Comment remplir le formulaire

Il convient de remplir ce formulaire avec soin car, dans la plupart des cas, ce choix constitue une entente exécutoire et irrévocable. Veuillez à ce que les dates de service soient complètes et exactes. Les dates de service doivent représenter la période complète du service, c'est-à-dire à partir du premier du mois suivant votre 65^e anniversaire ou la date à laquelle vous avez cessé vos cotisations (la dernière étant retenue) jusqu'à la date où vous signez ce formulaire.

2. Transmission du formulaire

Lorsque rempli, les exemplaires 1, 2 et 3 de ce formulaire doivent être transmis dans les délais prescrits à la Direction des pensions de retraite ou au bureau de paye désigné, tel qu'indiqué par votre bureau du personnel. L'envoi par courrier recommandé est suggéré et le reçu d'inscription doit être conservé dans vos dossiers. La date à laquelle ce formulaire est posté doit être indiquée dans l'espace prévu à cette fin dans la Partie « B ».

Conserver l'exemplaire 4 pour vos dossiers.

3. Service antérieur

La période de service faisant l'objet de la présente entente doit répondre aux critères suivants pour être admissible :

- elle doit être postérieure au 31 janvier 1976;
- elle doit avoir été rejetée parce que l'employé recevait des prestations de pension au titre du RPC ou du RRQ, après l'âge de 65 ans.

INSTRUCTIONS AU BUREAU DE PAYE ET À LA DIRECTION DES PENSIONS DE RETRAITE

La date de réception, le numéro d'inscription et les initiales doivent être inscrits dans l'espace prévu à cette fin dans la partie « C ».

Commencer à prélever les retenues sur le traitement, selon l'autorisation de l'employé, à compter de la date de réception de l'option et indiquer le mois à l'égard duquel la première retenue a été effectuée. Les cotisations courantes recommenceront à compter de la date de cette option.

Donner le taux du traitement, le taux de l'allocation de pension, la semaine normale de travail et la date à compter de pour chacun des taux de traitement et d'allocation de pension inscrits pour la période entière de cette option. Les taux doivent correspondre à une des unités de traitement décrites.

Lorsque rempli, garder l'exemplaire 2, envoyer l'exemplaire 3 à l'adresse du bureau du personnel indiquée à la partie « A » et faites parvenir l'exemplaire 1 à la Direction des pensions de retraite.



Post Age 65 Election for Elective Pensionable Service - Employee Rachat d'années de service ouvrant droit à pension après l'âge de 65 ans - Employé

Provision of the information requested on this document is voluntary. This information is being collected for the purpose of the administration of the Public Service Superannuation Act (PSSA) and is essential to making a decision directly affecting you. Refusal to respond may result in you not being able to purchase post age 65 service. This information will be stored in Personal Information Bank number PWGSC PCE 702. It 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.

La communication des renseignements demandés dans ce document est facultative. Ces renseignements sont recueillis aux fins de l'administration de la Loi sur la pension de la fonction publique (LPFP) et sont essentiels pour prendre une décision qui vous concerne directement. Un refus de répondre peut vous empêcher de racheter des années de service ouvrant droit à pension après l'âge de 65 ans. Ces renseignements seront versés au fichier de renseignements personnels numéro TPSGC PCE 702. 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, 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.

Read instructions on reverse carefully before completing.

Lire attentivement les instructions au verso avant de remplir le formulaire.

To be completed by an employee who elects to purchase post age 65 service pursuant to the pension reform legislation.

À être rempli par un employé qui choisit de racheter du service ouvrant droit à pension après l'âge de 65 ans, aux termes de la législation sur la réforme des pensions.

PART A - TO BE COMPLETED BY THE PERSONNEL OFFICE

PARTIE A - À ÊTRE REMPLIE PAR LE BUREAU DU PERSONNEL

Department - Ministère	PRI - CIDP	Superannuation No. - N° de pension de retraite	
Address of Personnel Office - Adresse du bureau du personnel		Name and Address of Pay Office - Nom et adresse du bureau de paye	
Telephone No. - N° de téléphone	Pay Office - Bureau de paye	Department - Ministère	Employee No. - N° de l'employé
		Paylist No. - N° de liste de paye	

PART B - TO BE COMPLETED BY THE EMPLOYEE

PARTIE B - À ÊTRE REMPLIE PAR L'EMPLOYÉ

Surname - Nom	Given Name(s) - Prénoms	Date of Birth - Date de naissance	Sex - Sexe
Complete Home Address - Adresse complète du domicile	Registration No. - N° d'inscription	Date Mailed - Posté le	Initials - Initiales

I hereby elect to purchase the entire period of prior service in the Public Service (see note in the instructions to employee).

Par la présente, je choisis de racheter la période entière de service antérieur dans la fonction publique (voir la remarque dans les instructions à l'employé).

Department - Ministère		Y-A	M-M	D-J		Y-A	M-M	D-J
Department - Ministère	FROM - DE ▶	Y-A	M-M	D-J	TO - À ▶	Y-A	M-M	D-J

Method of Payment - Mode de paiement

**I further elect to make my contributions in the following manner:
Je choisis, en outre, de verser mes cotisations de la façon suivante :**

Enclosed is Ci-joint	▶	<input type="checkbox"/> Lump sum of \$ Montant forfaitaire de _____	<input type="checkbox"/> Cheque Chèque	<input type="checkbox"/> Draft Lettre de change	<input type="checkbox"/> Money Order (Payable to the Receiver General for Canada) Mandat (à l'ordre du receveur général du Canada)
And/Or Ou	▶	<input type="checkbox"/> Monthly Deduction of \$ Retenue mensuelle de _____			

Agreement

- Where the employee makes a lump-sum payment:**
If in the opinion of the Director, Superannuation Directorate, the Public Service Superannuation Act and Regulations made thereunder require a larger contribution to be made than the amount of the lump sum payment that I have made, I agree on demand to pay the difference between these two amounts in accordance with either of the methods of payment mentioned above.

I understand that if the lump sum paid is greater than the contribution required, a refund will be made.
- Where the employee agrees to pay by monthly deductions:**
The monthly payment in respect of the period of service selected herein will not be less than the amount stated above. If in the opinion of the Director, Superannuation Directorate, the Public Service Superannuation Act and Regulations made thereunder require larger monthly installments to be made in respect of the said service, I hereby authorize such larger monthly installments be deducted from my salary.
- I understand that I will recommence contributions to the Public Service Superannuation Account effective the date of this election.

Convention

- Si l'employé verse un montant forfaitaire :**
Si, de l'avis du directeur de la Direction des pensions de retraite, les dispositions de la Loi sur la pension de la fonction publique et les règlements afférents exigent une cotisation plus élevée que le montant que j'ai versé, j'accepte, sur demande, de verser la différence entre ces deux montants, suivant l'un ou l'autre des modes de paiement mentionnés ci-dessus.

Je comprends que si le montant forfaitaire que j'ai versé est supérieur à la cotisation requise, la différence me sera remboursée.
- Si l'employé accepte de verser des cotisations mensuelles :**
Le versement mensuel correspondant à la période de service rachaté par la présente ne sera pas inférieur au montant indiqué ci-dessus. Si, de l'avis du directeur de la Direction des pensions de retraite, les dispositions de la Loi sur la pension de la fonction publique et les règlements afférents exigent des mensualités plus élevées pour la période de service rachaté, j'autorise par la présente la retenue du montant plus élevé sur mon traitement.
- Je comprends que je deviendrai à nouveau cotisant au compte de pension de retraite de la fonction publique à compter de la date de cette option.

Signed at
Signé à _____

Employee's Signature - Signature de l'employé

This
Ce _____ day of
jour de _____

Signature of Witness - Signature du témoin

(Month - Mois) (Year - Année)

PART C - TO BE COMPLETED BY THE PAY OFFICE

PARTIE C - À ÊTRE REMPLIE PAR LE BUREAU DE PAYE

Date of Receipt - Date de réception	Registration No. - N° d'inscription	Initials - Initiales
Date of this election Date de la présente option	Deductions started effective from Les retenues ont commencé le	Month - Mois
		Year - Année
U Salary Units Unités de traitement	H Hourly Horaire	D Daily Journalier
		W Weekly Hebdomadaire
		M Monthly Mensuel
		A Annual Annuel
Salary Rate Taux de traitement	U	Superannuation Allowance Rate Taux de l'allocation de pension
		U
		SWW SNT
		Effective Date Date à compter du
Certified by - Certifié par	Date	



Post Age 65 Election for Elective Pensionable Service - Employee Rachat d'années de service ouvrant droit à pension après l'âge de 65 ans - Employé

Provision of the information requested on this document is voluntary. This information is being collected for the purpose of the administration of the Public Service Superannuation Act (PSSA) and is essential to making a decision directly affecting you. Refusal to respond may result in you not being able to purchase post age 65 service. This information will be stored in Personal Information Bank number PWGSC PCE 702. It 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.

La communication des renseignements demandés dans ce document est facultative. Ces renseignements sont recueillis aux fins de l'administration de la Loi sur la pension de la fonction publique (LPFP) et sont essentiels pour prendre une décision qui vous concerne directement. Un refus de répondre peut vous empêcher de racheter des années de service ouvrant droit à pension après l'âge de 65 ans. Ces renseignements seront versés au fichier de renseignements personnels numéro TPSGC PCE 702. 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, 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.

Read instructions on reverse carefully before completing.

Lire attentivement les instructions au verso avant de remplir le formulaire.

To be completed by an employee who elects to purchase post age 65 service pursuant to the pension reform legislation.

À être rempli par un employé qui choisit de racheter du service ouvrant droit à pension après l'âge de 65 ans, aux termes de la législation sur la réforme des pensions.

PART A - TO BE COMPLETED BY THE PERSONNEL OFFICE		PARTIE A - À ÊTRE REMPLIE PAR LE BUREAU DU PERSONNEL		
Department - Ministère	PRI - CIDP	Superannuation No. - N° de pension de retraite		
Address of Personnel Office - Adresse du bureau du personnel		Name and Address of Pay Office - Nom et adresse du bureau de paye		
Telephone No. - N° de téléphone	Pay Office - Bureau de paye	Department - Ministère	Paylist No. - N° de liste de paye	Employee No. - N° de l'employé

PART B - TO BE COMPLETED BY THE EMPLOYEE		PARTIE B - À ÊTRE REMPLIE PAR L'EMPLOYÉ		
Surname - Nom	Given Name(s) - Prénoms	Date of Birth - Date de naissance	Sex - Sexe	
Complete Home Address - Adresse complète du domicile	Registration No. - N° d'inscription	Date Mailed - Posté le	Initials - Initiales	

I hereby elect to purchase the entire period of prior service in the Public Service (see note in the instructions to employee).
Par la présente, je choisis de racheter la période entière de service antérieur dans la fonction publique (voir la remarque dans les instructions à l'employé).

Department - Ministère		Y-A M-M D-J		Y-A M-M D-J
Department - Ministère	FROM - DE ▶	Y-A M-M D-J	TO - À ▶	Y-A M-M D-J

Method of Payment - Mode de paiement

I further elect to make my contributions in the following manner:
Je choisis, en outre, de verser mes cotisations de la façon suivante :

Enclosed is Ci-joint	▶ <input type="checkbox"/> Lump sum of \$ Montant forfaitaire de _____	▶ <input type="checkbox"/> Cheque Chèque	▶ <input type="checkbox"/> Draft Lettre de change	▶ <input type="checkbox"/> Money Order (Payable to the Receiver General for Canada) Mandat (à l'ordre du receveur général du Canada)
And/Or Ou	▶ <input type="checkbox"/> Monthly Deduction of \$ Retenue mensuelle de _____			

Agreement

- Where the employee makes a lump-sum payment:**
If in the opinion of the Director, Superannuation Directorate, the Public Service Superannuation Act and Regulations made thereunder require a larger contribution to be made than the amount of the lump sum payment that I have made, I agree on demand to pay the difference between these two amounts in accordance with either of the methods of payment mentioned above.

I understand that if the lump sum paid is greater than the contribution required, a refund will be made.
- Where the employee agrees to pay by monthly deductions:**
The monthly payment in respect of the period of service selected herein will not be less than the amount stated above. If in the opinion of the Director, Superannuation Directorate, the Public Service Superannuation Act and Regulations made thereunder require larger monthly installments to be made in respect of the said service, I hereby authorize such larger monthly installments be deducted from my salary.
- I understand that I will recommence contributions to the Public Service Superannuation Account effective the date of this election.

Convention

- Si l'employé verse un montant forfaitaire :**
Si, de l'avis du directeur de la Direction des pensions de retraite, les dispositions de la Loi sur la pension de la fonction publique et les règlements afférents exigent une cotisation plus élevée que le montant que j'ai versé, j'accepte, sur demande, de verser la différence entre ces deux montants, suivant l'un ou l'autre des modes de paiement mentionnés ci-dessus.

Je comprends que si le montant forfaitaire que j'ai versé est supérieur à la cotisation requise, la différence me sera remboursée.
- Si l'employé accepte de verser des cotisations mensuelles :**
Le versement mensuel correspondant à la période de service racheté par la présente ne sera pas inférieur au montant indiqué ci-dessus. Si, de l'avis du directeur de la Direction des pensions de retraite, les dispositions de la Loi sur la pension de la fonction publique et les règlements afférents exigent des mensualités plus élevées pour la période de service racheté, j'autorise par la présente la retenue du montant plus élevé sur mon traitement.
- Je comprends que je deviendrai à nouveau cotisant au compte de pension de retraite de la fonction publique à compter de la date de cette option.

Signed at
Signé à _____

Employee's Signature - Signature de l'employé

This
Ce _____ day of
jour de _____,

Signature of Witness - Signature du témoin

(Month - Mois) (Year - Année)

PART C - TO BE COMPLETED BY THE PAY OFFICE		PARTIE C - À ÊTRE REMPLIE PAR LE BUREAU DE PAYE			
Date of Receipt - Date de réception	Registration No. - N° d'inscription			Initials - Initiales	
Date of this election Date de la présente option	Deductions started effective from Les retenues ont commencé le	Month - Mois	Year - Année		
U Salary Units Unités de traitement	H Hourly Horaire	D Daily Journalier	W Weekly Hebdomadaire	M Monthly Mensuel	A Annual Annuel
Salary Rate Taux de traitement	U	Superannuation Allowance Rate Taux de l'allocation de pension	U	SWW SNT	Effective Date Date à compter du
Certified by - Certifié par					Date



Post Age 65 Election for Elective Pensionable Service - Employee Rachat d'années de service ouvrant droit à pension après l'âge de 65 ans - Employé

Provision of the information requested on this document is voluntary. This information is being collected for the purpose of the administration of the Public Service Superannuation Act (PSSA) and is essential to making a decision directly affecting you. Refusal to respond may result in you not being able to purchase post age 65 service. This information will be stored in Personal Information Bank number PWGSC PCE 702. It 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.

La communication des renseignements demandés dans ce document est facultative. Ces renseignements sont recueillis aux fins de l'administration de la Loi sur la pension de la fonction publique (LPFP) et sont essentiels pour prendre une décision qui vous concerne directement. Un refus de répondre peut vous empêcher de racheter des années de service ouvrant droit à pension après l'âge de 65 ans. Ces renseignements seront versés au fichier de renseignements personnels numéro TPSGC PCE 702. 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, 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.

Read instructions on reverse carefully before completing.

Lire attentivement les instructions au verso avant de remplir le formulaire.

To be completed by an employee who elects to purchase post age 65 service pursuant to the pension reform legislation.

À être rempli par un employé qui choisit de racheter du service ouvrant droit à pension après l'âge de 65 ans, aux termes de la législation sur la réforme des pensions.

PART A - TO BE COMPLETED BY THE PERSONNEL OFFICE		PARTIE A - À ÊTRE REMPLIE PAR LE BUREAU DU PERSONNEL		
Department - Ministère	PRI - CIDP	Superannuation No. - N° de pension de retraite		
Address of Personnel Office - Adresse du bureau du personnel		Name and Address of Pay Office - Nom et adresse du bureau de paye		
Telephone No. - N° de téléphone	Pay Office - Bureau de paye	Department - Ministère	Paylist No. - N° de liste de paye	Employee No. - N° de l'employé

PART B - TO BE COMPLETED BY THE EMPLOYEE		PARTIE B - À ÊTRE REMPLIE PAR L'EMPLOYÉ		
Surname - Nom	Given Name(s) - Prénoms	Date of Birth - Date de naissance	Sex - Sexe	
Complete Home Address - Adresse complète du domicile	Registration No. - N° d'inscription	Date Mailed - Posté le	Initials - Initiales	

**I hereby elect to purchase the entire period of prior service in the Public Service (see note in the instructions to employee).
Par la présente, je choisis de racheter la période entière de service antérieur dans la fonction publique (voir la remarque dans les instructions à l'employé).**

Department - Ministère		Y-A M-M D-J		Y-A M-M D-J
Department - Ministère	FROM - DE ▶	Y-A M-M D-J	TO - À ▶	Y-A M-M D-J

Method of Payment - Mode de paiement

**I further elect to make my contributions in the following manner:
Je choisis, en outre, de verser mes cotisations de la façon suivante :**

Enclosed is Ci-joint	▶ <input type="checkbox"/> Lump sum of \$ Montant forfaitaire de _____	▶ <input type="checkbox"/> Cheque Chèque	▶ <input type="checkbox"/> Draft Lettre de change	▶ <input type="checkbox"/> Money Order (Payable to the Receiver General for Canada) Mandat (à l'ordre du receveur général du Canada)
And/Or Ou	▶ <input type="checkbox"/> Monthly Deduction of \$ Retenue mensuelle de _____			

Agreement

- Where the employee makes a lump sum payment:**
If in the opinion of the Director, Superannuation Directorate, the Public Service Superannuation Act and Regulations made thereunder require a larger contribution to be made than the amount of the lump sum payment that I have made, I agree on demand to pay the difference between these two amounts in accordance with either of the methods of payment mentioned above.

I understand that if the lump sum paid is greater than the contribution required, a refund will be made.
- Where the employee agrees to pay by monthly deductions:**
The monthly payment in respect of the period of service selected herein will not be less than the amount stated above. If in the opinion of the Director, Superannuation Directorate, the Public Service Superannuation Act and Regulations made thereunder require larger monthly installments to be made in respect of the said service, I hereby authorize such larger monthly installments be deducted from my salary.
- I understand that I will recommence contributions to the Public Service Superannuation Account effective the date of this election.

Convention

- Si l'employé verse un montant forfaitaire :**
Si, de l'avis du directeur de la Direction des pensions de retraite, les dispositions de la Loi sur la pension de la fonction publique et les règlements afférents exigent une cotisation plus élevée que le montant que j'ai versé, j'accepte, sur demande, de verser la différence entre ces deux montants, suivant l'un ou l'autre des modes de paiement mentionnés ci-dessus.

Je comprends que si le montant forfaitaire que j'ai versé est supérieur à la cotisation requise, la différence me sera remboursée.
- Si l'employé accepte de verser des cotisations mensuelles :**
Le versement mensuel correspondant à la période de service rachaté par la présente ne sera pas inférieur au montant indiqué ci-dessus. Si, de l'avis du directeur de la Direction des pensions de retraite, les dispositions de la Loi sur la pension de la fonction publique et les règlements afférents exigent des mensualités plus élevées pour la période de service rachaté, j'autorise par la présente la retenue du montant plus élevé sur mon traitement.
- Je comprends que je deviendrai à nouveau cotisant au compte de pension de retraite de la fonction publique à compter de la date de cette option.

Signed at
Signé à _____

Employee's Signature - Signature de l'employé

This _____ day of _____, _____
Ce _____ jour de _____ (Month - Mois) (Year - Année)

Signature of Witness - Signature du témoin

PART C - TO BE COMPLETED BY THE PAY OFFICE		PARTIE C - À ÊTRE REMPLIE PAR LE BUREAU DE PAYE			
Date of Receipt - Date de réception		Registration No. - N° d'inscription		Initials - Initiales	
Date of this election Date de la présente option		Deductions started effective from Les retenues ont commencé le	Month - Mois	Year - Année	
U Salary Units Unités de traitement	H Hourly Horaire	D Daily Journalier	W Weekly Hebdomadaire	M Monthly Mensuel	A Annual Annuel
Salary Rate Taux de traitement	U	Superannuation Allowance Rate Taux de l'allocation de pension	U	SWW SNT	Effective Date Date à compter du

Certified by - Certifié par _____

Date _____



Post Age 65 Election for Elective Pensionable Service - Employee Rachat d'années de service ouvrant droit à pension après l'âge de 65 ans - Employé

Provision of the information requested on this document is voluntary. This information is being collected for the purpose of the administration of the Public Service Superannuation Act (PSSA) and is essential to making a decision directly affecting you. Refusal to respond may result in you not being able to purchase post age 65 service. This information will be stored in Personal Information Bank number PWGSC PCE 702. It 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.

La communication des renseignements demandés dans ce document est facultative. Ces renseignements sont recueillis aux fins de l'administration de la Loi sur la pension de la fonction publique (LPFP) et sont essentiels pour prendre une décision qui vous concerne directement. Un refus de répondre peut vous empêcher de racheter des années de service ouvrant droit à pension après l'âge de 65 ans. Ces renseignements seront versés au fichier de renseignements personnels numéro TPSGC PCE 702. 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, 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.

Read instructions on reverse carefully before completing.

Lire attentivement les instructions au verso avant de remplir le formulaire.

To be completed by an employee who elects to purchase post age 65 service pursuant to the pension reform legislation.

À être rempli par un employé qui choisit de racheter du service ouvrant droit à pension après l'âge de 65 ans, aux termes de la législation sur la réforme des pensions.

PART A - TO BE COMPLETED BY THE PERSONNEL OFFICE		PARTIE A - À ÊTRE REMPLIE PAR LE BUREAU DU PERSONNEL		
Department - Ministère	PRI - CIDP	Superannuation No. - N° de pension de retraite		
Address of Personnel Office - Adresse du bureau du personnel		Name and Address of Pay Office - Nom et adresse du bureau de paye		
Telephone No. - N° de téléphone	Pay Office - Bureau de paye	Department - Ministère	Paylist No. - N° de liste de paye	Employee No. - N° de l'employé

PART B - TO BE COMPLETED BY THE EMPLOYEE		PARTIE B - À ÊTRE REMPLIE PAR L'EMPLOYÉ		
Surname - Nom	Given Name(s) - Prénoms	Date of Birth - Date de naissance	Sex - Sexe	
Complete Home Address - Adresse complète du domicile	Registration No. - N° d'inscription	Date Mailed - Posté le	Initials - Initiales	

**I hereby elect to purchase the entire period of prior service in the Public Service (see note in the instructions to employee).
Par la présente, je choisis de racheter la période entière de service antérieur dans la fonction publique (voir la remarque dans les instructions à l'employé).**

Department - Ministère		Y-A M-M D-J			Y-A M-M D-J
Department - Ministère	FROM - DE ▶	Y-A M-M D-J	TO - À ▶	Y-A M-M D-J	Y-A M-M D-J

Method of Payment - Mode de paiement

**I further elect to make my contributions in the following manner:
Je choisis, en outre, de verser mes cotisations de la façon suivante :**

Enclosed is Ci-joint	▶ <input type="checkbox"/> Lump sum of \$ Montant forfaitaire de _____	▶ <input type="checkbox"/> Cheque Chèque	▶ <input type="checkbox"/> Draft Lettre de change	▶ <input type="checkbox"/> Money Order (Payable to the Receiver General for Canada) Mandat (à l'ordre du receveur général du Canada)
And/Or Ou	▶ <input type="checkbox"/> Monthly Deduction of \$ Retenue mensuelle de _____			

Agreement

- Where the employee makes a lump sum payment:**
If in the opinion of the Director, Superannuation Directorate, the Public Service Superannuation Act and Regulations made thereunder require a larger contribution to be made than the amount of the lump sum payment that I have made, I agree on demand to pay the difference between these two amounts in accordance with either of the methods of payment mentioned above.

I understand that if the lump sum paid is greater than the contribution required, a refund will be made.
- Where the employee agrees to pay by monthly deductions:**
The monthly payment in respect of the period of service selected herein will not be less than the amount stated above. If in the opinion of the Director, Superannuation Directorate, the Public Service Superannuation Act and Regulations made thereunder require larger monthly installments to be made in respect of the said service, I hereby authorize such larger monthly installments be deducted from my salary.
- I understand that I will recommence contributions to the Public Service Superannuation Account effective the date of this election.

Convention

- Si l'employé verse un montant forfaitaire :**
Si, de l'avis du directeur de la Direction des pensions de retraite, les dispositions de la Loi sur la pension de la fonction publique et les règlements afférents exigent une cotisation plus élevée que le montant que j'ai versé, j'accepte, sur demande, de verser la différence entre ces deux montants, suivant l'un ou l'autre des modes de paiement mentionnés ci-dessus.

Je comprends que si le montant forfaitaire que j'ai versé est supérieur à la cotisation requise, la différence me sera remboursée.
- Si l'employé accepte de verser des cotisations mensuelles :**
Le versement mensuel correspondant à la période de service racheté par la présente ne sera pas inférieur au montant indiqué ci-dessus. Si, de l'avis du directeur de la Direction des pensions de retraite, les dispositions de la Loi sur la pension de la fonction publique et les règlements afférents exigent des mensualités plus élevées pour la période de service racheté, j'autorise par la présente la retenue du montant plus élevé sur mon traitement.
- Je comprends que je deviendrai à nouveau cotisant au compte de pension de retraite de la fonction publique à compter de la date de cette option.

Signed at
Signé à _____

Employee's Signature - Signature de l'employé

This _____ day of _____, _____
Ce _____ jour de _____ (Month - Mois) (Year - Année)

Signature of Witness - Signature du témoin

PART C - TO BE COMPLETED BY THE PAY OFFICE		PARTIE C - À ÊTRE REMPLIE PAR LE BUREAU DE PAYE			
Date of Receipt - Date de réception		Registration No. - N° d'inscription		Initials - Initiales	
Date of this election Date de la présente option		Deductions started effective from Les retenues ont commencé le	Month - Mois	Year - Année	
U Salary Units Unités de traitement	H Hourly Horaire	D Daily Journalier	W Weekly Hebdomadaire	M Monthly Mensuel	A Annual Annuel
Salary Rate Taux de traitement	U	Superannuation Allowance Rate Taux de l'allocation de pension	U	SWW SNT	Effective Date Date à compter du
Certified by - Certifié par				Date	