

DEDUCTIONS FROM ANNUITY OR ANNUAL ALLOWANCE

Remarks

1. This form is required by the Department of Public Works and Government Services Canada to assist contributors who are retiring with a pension entitlement to maintain an orderly flow of legal assignment payments and to minimize the embarrassment which might be caused by a delay in these payments.
2. Contributors are asked to complete and sign the attached TD1 or TP-1015.3-V form.
3. Upon completion, these forms should be returned to the personnel officer who will forward them to the Superannuation, Pension Transition and Client Services Sector with a notice of termination.
4. Public Service Health Care participation continues automatically upon retirement unless you indicate in block 6 that the coverage is to be cancelled or it is indicated in section 2 or section 1, line 6 of this form that no deductions are to be taken from your annuity.
5. If you are not a member of the Public Service Health Care Plan at the time of termination and you would like this coverage, you must apply by completing form TBS-006492 and attaching it to the PWGSC-TPSGC 1422.
6. Participants not in receipt of an immediate annuity or an immediate annual allowance, who choose to retain their Supplementary Death Benefit coverage at commercial contribution rates, must complete the election form PWGSC-TPSGC 2017 no later than 30 days after termination of employment.
7. Only United Way agencies authorized for pension deductions should be entered. For a complete list of these agencies please see the compensation directive for the current year's United Way campaign. Complete the agency reference number under "Policy Account or Certificate No." and enter the appropriate figure under "Amount of Monthly Deduction from Annuity". It should be noted that, unless an additional pension pledge form is completed for the new campaign year, this deduction will cease at the end of the current calendar year.

RETENUES SUR LA PENSION OU L'ALLOCATION ANNUELLE

Remarques

1. Ce formulaire est requis par le ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada afin d'assurer, aux cotisants qui prennent leur retraite et qui toucheront une pension, la continuité des paiements en vertu de délégations juridiques et de réduire les ennuis que pourraient causer un retard dans ces paiements.
2. Les cotisants sont priés de remplir et de signer le formulaire TD1 ou TP-1015.3 ci-joint.
3. Ces formulaires dûment remplis doivent être renvoyés à l'agent du personnel qui les transmettra, accompagnés d'un avis de cessation d'emploi, au Secteur des Pensions de retraite, Regroupement des pensions et Services à la clientèle.
4. Votre participation au Régime de soins de santé de la fonction publique est maintenue automatiquement à la retraite sauf, si vous indiquez à la case 6 que la protection doit être annulée ou si vous avez indiqué à la section 2 ou à la section 1, ligne 6 du formulaire qu'aucune retenue ne doit être prélevée sur votre pension.
5. Si vous ne participez pas au Régime de soins de santé de la fonction publique au moment de la cessation de votre emploi et que vous désirez y adhérer, vous devez en faire la demande en remplissant un formulaire TBS-006492 que vous joindrez au PWGSC-TPSGC 1422.
6. Les participants qui ne reçoivent pas une pension à jouissance immédiate ou une allocation annuelle immédiate et qui choisissent de conserver leur protection relativement aux prestations supplémentaires de décès au taux commercial de cotisation, doivent remplir un formulaire d'option PWGSC-TPSGC 2017 dans les 30 jours suivant la date de cessation d'emploi.
7. Seules les agences de Centraide pour lesquelles on a autorisé les retenues sur la pension peuvent être inscrites. Pour obtenir la liste de ces agences, veuillez consulter la directive sur la rémunération traitant de la campagne Centraide pour l'année en cours. Inscrire le numéro de référence de l'agence dans la case « N° de compte de la police ou du certificat » et inscrire le montant approprié dans la case « Montant de la retenue mensuelle sur la pension ». Veuillez noter qu'une carte de souscription doit être remplie à chaque année sinon la retenue cessera à la fin de l'année civile.



Deductions From Annuity or Annual Allowance

Provision of the information requested on this document is voluntary. This information is being collected for the purpose of determining the deductions to be taken from your annuity or annual allowance and is essential to making a decision directly affecting you. Refusal to respond may result in your deductions not being made. 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*.

Retenues sur la pension ou l'allocation annuelle

La communication des renseignements demandés dans ce document est facultative. Ces renseignements sont recueillis pour déterminer les retenues qui doivent être prélevées sur votre pension ou votre allocation annuelle et sont essentiels pour prendre une décision qui vous concerne directement. Si vous refusez de répondre, les retenues pourraient ne pas être prélevées. 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 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*.

1 TO BE COMPLETED BY THE PERSONNEL OFFICER - À ÊTRE REMPLIE PAR L'AGENT DU PERSONNEL

Surname and Given Names of Contributor - Nom et prénoms du cotisant		Superannuation No. N° de pension de retraite	PRI - CIDP
Address - Adresse			Date of Birth - Date de naissance Y-A M D-J
Pay Office - Bureau de paye	Department Name Nom du ministère	Paylist No. - N° de la liste de paye	Termination Date - Date de cessation Y-A M D-J

**If the contributor is a member of the PSHCP at the time of termination, block 6 must be completed.
La case 6 doit être remplie si, à la date de cessation, le cotisant participe au RSSFP.**

Plan - Régime	Policy Account or Certificate No. N° de compte de la police ou du certificat	* Month of Last Deduction From Salary Mois de la dernière retenue sur le traitement	Amount of Monthly Deduction From Annuity Montant de la retenue mensuelle sur la pension	Month of Direct Payments Made at SOS Mois des paiements directs au moment du RE
1 Provincial Medicare Plan (Indicate province) Régime provincial d'assurance-maladie (indiquer la province)				
2 Blue Cross Plan (Quebec and Maritime plans only) Croix Bleue (régimes du Québec et des Maritimes seulement)				
3 Veterans Land Act Loi sur les terres destinées aux anciens combattants				
4 Civil Service Insurance Assurance du service civil				
5 Canada Savings Bonds Obligations d'épargne du Canada Total Value of Bonds Purchased Valeur totale des obligations achetées _____ Payment Period Selected Période de paiement choisie <input type="checkbox"/> Bi-Weekly à la quinzaine <input type="checkbox"/> Monthly Mensuelle				
6 Public Service Health Care Plan (PSHCP) Régime de soins de santé de la fonction publique (RSSFP) <input type="checkbox"/> Continue Continuer <input type="checkbox"/> Amend Modifier <input type="checkbox"/> Commence Commencer <input type="checkbox"/> Cancel (letter attached) Annuler (lettre ci-jointe) <input type="checkbox"/> Application Attached Demande ci-jointe _____ Signature of Insurance Counsellor Signature de conseiller en assurances				
7 TD1 / TP-1015.3-V (1998-01) (see note 2) TD1 / TP-1015.3 (1998-01) (voir la remarque 2)				
8 Supplementary Death Benefit (SDB) (see note 6) Prestations supplémentaires de décès (PSD) (voir la remarque 6)				
9 United Way (authorized agencies only) (see note 7) Centraide (agences autorisées seulement) (voir la remarque 7)				
10 Pensioner's Dental Services Plan (PDSP) Enrolment Form Formulaire d'adhésion au Régime de services dentaires pour les pensionnés (RSDP)				
11				

* If not a full monthly deduction, please specify - S'il ne s'agit pas d'une retenue mensuelle complète, prière de l'indiquer

Signature of Authorized Personnel Officer - Signature de l'agent du personnel autorisé	Telephone No. - N° de téléphone	Y-A M D-J
--	---------------------------------	-----------

2 TO BE COMPLETED BY THE CONTRIBUTOR ONLY (not applicable to survivors) À ÊTRE REMPLIE PAR LE COTISANT SEULEMENT (ne concerne pas les survivants)

Please check one of the following boxes - Veuillez cocher une des cases suivantes

<input type="checkbox"/> As the above-named contributor, I authorize these deductions from my annuity. Étant le cotisant susnommé, je donne l'autorisation d'effectuer ces retenues sur ma pension.	<input type="checkbox"/> As the above-named contributor, I request that no deductions be made from my annuity. Étant le cotisant susnommé, je demande qu'il ne soit fait aucune retenue sur ma pension.
--	--

Signature of Contributor - Signature du cotisant Y-A M D-J

3 TO BE COMPLETED BY THE SUPERANNUATION, PENSION TRANSITION AND CLIENT SERVICES SECTOR À ÊTRE REMPLIE PAR LE SECTEUR DES PENSIONS DE RETRAITE, REGROUPEMENT DES PENSIONS ET SERVICES À LA CLIENTÈLE

Nature of Entitlement - Type de prestation

<input type="checkbox"/> Immediate Annuity Pension immédiate	<input type="checkbox"/> Annual Allowance Payable Immediately Allocation annuelle payable immédiatement	<input type="checkbox"/> Reinstatement Following Re-employment Rétablissement par suite d'un réemploi
---	--	--

Effective Date of Annuity or Allowance Payable Date d'entrée en vigueur de la pension ou de l'allocation payable	Signature	Unit - Unité	Y-A M D-J
---	-----------	--------------	-----------