



Déclaration solennelle

Application de la Loi sur la pension de la fonction publique

N° de pension de retraite

Il est nécessaire, pour l'application de la *Loi sur la pension de la fonction publique*, que les renseignements suivants soient fournis. Ils seront conservés dans le fichier de renseignements personnels N° TPSGC PCE 702. Conformément aux dispositions de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, les personnes et organismes non autorisés se verront refuser l'accès à ces renseignements. En vertu de cette loi, vous avez le droit de demander l'accès aux renseignements personnels qui vous concernent et dont une institution fédérale est dépositaire. Vous pouvez aussi demander qu'ils soient corrigés, si jamais vous estimez qu'ils contiennent des erreurs ou des omissions. Les renseignements que vous donnez au sujet d'une autre personne peuvent lui être communiqués, selon les dispositions de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*.

Le présent formulaire doit être utilisé lorsque personne n'est autorisé par la loi à agir en qualité de curateur d'un prestataire qui est incapable ou empêché de gérer ses propres affaires. Remplissez le formulaire en deux exemplaires; envoyez l'original à l'adresse ci-dessous et conservez l'autre pour vos dossiers.

Si le prestataire a un curateur légal, veuillez envoyer une copie certifiée de l'ordonnance de la cour ou de tout autre document qui nomme ce curateur, au : **Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, Secteur des Pensions de retraite, Regroupement des pensions et Services à la clientèle, C.P. 5010, Shédiac (N.-B.) E4P 9B4.**

Je, _____, domicilié au _____
(Nom au complet du déclarant) (Numéro et rue) (Ville, cité ou village)

(Province) (Code postal) (Numéro de téléphone) déclare solennellement ce qui suit :

1. Je suis * _____ de _____ et je sais que
 _____ reçoit des prestations en vertu de la *Loi sur la pension de la fonction publique*.
(Nom au complet du prestataire)

- * i) Mère, père, soeur, frère, conjoint, fille, fils, etc.; s'il ne s'agit pas d'un membre de la famille immédiate, expliquez sur une feuille distincte.
 ii) Si le destinataire proposé est un établissement, inscrivez le titre de votre poste et le nom de l'établissement.

2. Je sais que le prestataire n'est pas en mesure de gérer ses propres affaires pour les raisons énoncées dans le certificat du Dr. _____, qui constitue la pièce « A » de la présente déclaration.

3. Personne n'est autorisé par la loi à faire fonction de curateur du prestataire.

4. Si les sommes d'argent payables au prestataire me sont versées, je m'engage :

- (a) à les gérer pour le soin du prestataire et des personnes à sa charge, durant la période pendant laquelle il ne sera pas en mesure de gérer ses propres affaires;
- (b) à dégager le gouvernement du Canada de sa responsabilité à l'égard de toute réclamation qu'il pourrait être tenu de payer du fait que les paiements me sont versés à moi plutôt qu'au prestataire;
- (c) à prévenir Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, Secteur des Pensions de retraite, Regroupement des pensions et Services à la clientèle, C.P. 5010, Shédiac (N.-B.) E4P 9B4 :
- i) si le prestataire redevient en mesure de gérer ses propres affaires,
- ii) si le prestataire meurt.

5. La pièce « B » de la présente déclaration est une attestation, signée par deux personnes dignes de confiance, témoignant de ma compétence à gérer les sommes d'argent payables au prestataire en vertu de la *Loi sur la pension de la fonction publique*.

Je fais cette déclaration solennelle sur mon honneur en sachant qu'elle a le même effet que si elle était faite sous serment en vertu de la *Loi sur la preuve au Canada*.

Déclaré devant moi à _____
(Ville, cité ou village)
 dans la province _____
 ce _____ jour de _____
(Mois) (Année) } _____
(Signature du déclarant)

(Préciser s'il s'agit d'un juge de paix, d'un commissaire à l'assermentation, d'un notaire, ou d'une autre personne autorisée.)

PIÈCE « A » - CERTIFICAT DU MÉDECIN

Je, _____, médecin qualifié, domicilié à _____ dans la
(Nom du médecin) (Ville, cité ou village)
 province _____ déclare que _____ est incapable ou empêché
(Nom au complet du prestataire)
 de gérer ses propres affaires pour les raisons suivantes :

Date _____ Signature _____
(A - M - J)

PIÈCE « B » - ATTESTATION DE PERSONNES DIGNES DE CONFIANCE

« L'Attestation de personnes dignes de confiance » doit être remplie par deux personnes qui n'ont aucun lien de parenté avec le prestataire, ni avec le destinataire proposé, et qui n'ont pas non plus d'intérêt financier à la nomination proposée. Les personnes suivantes devraient être exclues :

- (a) le médecin qui a certifié l'incapacité du prestataire,
 (b) la personne devant laquelle la déclaration solennelle a été assermentée,
 (c) les employés de tout établissement proposé comme destinataire.

Nous soussignés sommes au courant des faits énoncés dans la déclaration ci-dessous et recommandons _____
(Nom au complet du destinataire proposé)
 comme personne ou établissement compétent à contrôler les prestations payables à _____,
(Nom au complet du prestataire)
 qui n'est pas en mesure de gérer ses propres affaires.

Date : _____
(A - M - J)

(Signature) (Titre du poste) (Employeur)

(Signature) (Titre du poste) (Employeur)