

APPENDIX A1
(REQUEST FOR TRANSFER ESTIMATE)

Re : Transfer from the Fonds de solidarité FTQ to the Government of Canada

PART I: EMPLOYEE INFORMATION - GOVERNMENT OF CANADA

(To be completed by the Superannuation Sector of Public Works and Government Services Canada)

Employee's Name :
Employee's Date of Birth :
Employee's Superannuation Number :
Name of Department :
Date Employment Commenced :
PSSA Contributor Effective :

Completed by: (Print Name and Title) _____

Signature

Date

PART II: EMPLOYEE'S AUTHORIZATION *(To be completed by the Employee)*

Employee's name and address :

I hereby authorize the Comité de retraite du régime de retraite des employés syndiqués du fonds de solidarité FTQ to release the information necessary to produce a transfer estimate, including my social insurance number.

A division, assignment or settlement statement request has been submitted pursuant to a divorce, legal separation, annulment of marriage or for payment of a compensatory allowance:

Yes___ No___

I understand that completion of this document does not constitute a request for transfer. I am aware that, to become eligible for a transfer of funds under the terms of the pension transfer agreement, I must complete form **APPENDIX B1** (*Request for Transfer of Service Credits*) while employed and an active contributor under the *Public Service Superannuation Act* and within the time limits set out in the pension transfer agreement.

Employee's signature : _____ **Date:** _____

Home Telephone : _____ **Business Telephone :** _____

Once Part II has been completed, this form should be forwarded to:

Comité de retraite du régime de retraite des employés syndiqués du Fonds de solidarité FTQ
Bureau du comité de retraite
545, boulevard Crémazie Est, bureau 200
Montréal, Québec H2M 2W4

PART III: EMPLOYEE INFORMATION - FONDS DE SOLIDARITÉ FTQ

(To be completed by the Comité de retraite du régime de retraite des employés syndiqués du Fonds de solidarité FTQ [the Plan])

Name of Employer :
Employee's Reference Number :
Date Employment Commenced :
Date of Enrolment in the Plan:
Date Employment Terminated :

Estimated Transfer Amount : \$ _____ Calculated as of : _____ (YY/MM/DD)

Completed by: (Print Name and Title) _____

Signature

Date

ANNEXE A1
(DEMANDE D'ESTIMATION AUX FINS DE TRANSFERT)

Objet : Transfert du Fonds de Solidarité FTQ au gouvernement du Canada

PARTIE I: RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ - GOUVERNEMENT DU CANADA
(à remplir par le Secteur des Pensions de retraite de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada)

Nom de l'employé :
Date de naissance de l'employé :
Numéro de pension de l'employé :
Nom du ministère :
Date de début d'emploi :
Date de début des cotisations (LPFP) :

Remplie par : (Nom et titre en lettres moulées) _____

Signature

Date

PARTIE II: AUTORISATION DE L'EMPLOYÉ *(à remplir par l'employé)*

Nom et adresse de l'employé :

J'autorise par la présente le Comité de retraite du régime de retraite des employés syndiqués du Fonds de solidarité FTQ à communiquer les renseignements nécessaires à la préparation d'une estimation aux fins de transfert, y compris mon numéro d'assurance sociale.

Une demande de relevé de droits, de cession ou de partage de droits a été formulée dans le cadre d'un divorce, d'une séparation de corps, d'une annulation du mariage, ou pour le paiement d'une prestation compensatoire: **OUI** : _____ **NON** : _____

Il est entendu que le fait de remplir le présent formulaire ne constitue pas une demande de transfert. Pour être admissible à un transfert de fonds en vertu de l'entente de transfert du fonds de retraite, je dois remplir le formulaire **ANNEXE B1 (Demande de transfert des crédits de service)** pendant que je suis employé et que je participe activement au régime conformément à la *Loi sur la pension de la fonction publique*, dans les délais prescrits dans l'entente de transfert du fonds de retraite.

Signature de l'employé : _____ **Date :** _____

N° de téléphone (domicile) : _____ **N° de téléphone (travail) :** _____

Une fois la partie II remplie, le présent formulaire doit être envoyé au :
Comité de retraite du régime de retraite des employés syndiqués du Fonds de solidarité FTQ
Bureau du comité de retraite
545, boulevard Crémazie Est, bureau 200
Montréal, Québec H2M 2W4

PARTIE III: RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ - FONDS DE SOLIDARITÉ FTQ
(à remplir par le Comité de retraite du régime de retraite des employés syndiqués du Fonds de solidarité FTQ
[ci-après appelé le Régime])

Nom de l'employeur :
Numéro de référence de l'employé :
Date de début d'emploi :
Date d'adhésion au Régime :
Date de cessation d'emploi :
Montant estimatif du transfert : \$ Calculé le : (AA/MM/JJ)

Rempli par : (Nom et titre en lettres moulées) _____

Signature

Date