

APPENDIX A1
(REQUEST FOR TRANSFER ESTIMATE)

Re : Transfer from the Government of Newfoundland and Labrador 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 :

Certified Correct 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 Minister of Finance to release the information necessary to produce a transfer estimate, including my social insurance number.

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:

**Pensions Division
Department of Finance
P.O. Box 8700
St. John's, NF A1B 4J6**

**PART III: EMPLOYEE INFORMATION -
GOVERNMENT OF NEWFOUNDLAND AND LABRADOR**

(To be completed by the Pensions Division)

Name of Employer :
Employee's Social Insurance Number :
Date Employment Commenced :
Date of Enrolment in Pension Plan :
Date Employment Terminated :
Estimated Transfer Amount : \$ Calculated as of :

Certified Correct by: (Print Name and Title) _____

Signature

Date

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

Objet : Transfert du gouvernement de Terre-Neuve et du Labrador au gouvernement du Canada

PARTIE I: RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'EMPLOYÉ - GOUVERNEMENT DU CANADA
(Doit être remplie par le Secteur des Pensions de Retraite de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada)

Nom de l'employé :
Date de naissance :
Numéro d'identification :
Ministère :
Date d'embauche :
Date de début des cotisations en vertu de
la LPFP :

Certifié exact par : (nom et titre en lettres moulées) _____

Signature

Date

PARTIE II: AUTORISATION DE L'EMPLOYÉ *(Doit être remplie par l'employé)*

Nom et adresse de l'employé :

J'autorise par la présente le ministre des Finances à communiquer les renseignements nécessaires à la préparation d'une estimation aux fins de transfert, y compris mon numéro d'assurance sociale.

Je comprends que le fait de remplir ce document ne constitue pas une demande de transfert. Je sais que, pour devenir admissible à un transfert de fonds en vertu de l'entente de transfert réciproque, je dois remplir l'annexe B1, *Demande de transfert des crédits de service*, pendant que je suis employé et que je suis un participant en vertu de la *Loi sur la pension de la fonction publique*, et la présenter dans le délai prévu par l'entente de transfert réciproque.

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

N° de téléphone à domicile : _____ **N° de téléphone à travail**
: _____

Une fois la partie II dûment remplie, le présent formulaire doit être expédié l'adresse suivante :

**Division des régimes de pension
Ministère des Finances
C.P. 8700
St. John's (Terre-Neuve) A1B 4J6**

PARTIE III: RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'EMPLOYÉ - GOUVERNEMENT DE TERRE-NEUVE ET DU LABRADOR

(Doit être remplie par la Division des pensions de retraite)

Nom de l'employeur :
Numéro d'assurance sociale de l'employé :
Date d'embauche :
Date d'adhésion au régime :
Date de cessation d'emploi :
Montant estimatif du transfert : \$ Calculé au :

Certifié exact par : (nom et titre en lettres moulées) _____

Signature

Date