

APPENDIX A1
(REQUEST FOR TRANSFER ESTIMATE)

Re : Transfer from a Participating Municipality 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 Joint Board of Trustees of the Manitoba Municipal Employees Pension Plan 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:

**Administrator
Municipal Employees Benefits Program
1200-444 St. Mary Avenue
Winnipeg, Manitoba R3C 3T1**

**PART III: EMPLOYEE INFORMATION - MUNICIPAL EMPLOYEES
BENEFITS PROGRAM**

(To be completed by the Administrator)

Name of Participating Municipality :
Employee's Reference 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 d'une municipalité participante 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) _____

Signature _____ *Date*

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

Nom et adresse de l'employé :

J'autorise par la présente la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé à communiquer les renseignements nécessaires à la préparation d'une estimation aux fins de transfert, y compris mon numéro d'assurance sociale.

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 remplie, la partie II du présent formulaire doit être envoyée à l':

Administrateur
Municipal Employees Benefits Program
1200-444, avenue St. Mary
Winnipeg (Manitoba) R3C 3T1

PARTIE III: RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ - MUNICIPAL EMPLOYEES
BENEFITS PROGRAM

(à remplir par l'administrateur)

Nom de l'employeur : _____
Numéro de référence de l'employé : _____
Date de début d'emploi : _____
Date d'adhésion au Régime de pension : _____
Date de cessation d'emploi : _____
Montant estimatif du transfert : _____ \$ Calculé au : _____

Remplie par : (Nom et titre) _____

Signature _____ *Date*