



**Remittance of Dental Care Plan (DCP) Contributions
For a Period of Leave Without Pay
Remise des cotisations au Régime de soins dentaires (RSD)
pour une période de congé non payé**

Plan Ident. - Ident. du régime

To be completed by the Personnel Office - À être rempli par le bureau du personnel

To: DO/PWGSC À : BD/TPSGC	PAD DCP	City - Ville	Province	Date
				Y - A M D - J

Employee's Full Name and Province of Residence - Nom complet de l'employé et de la province de résidence

Surname - Nom	Given names - Prénoms	Province of Residence Province de résidence	DCP Cert. No N° de cert. RSD
---------------	-----------------------	--	---------------------------------

PRI - CIDP	Department Name and Address - Nom et adresse du ministère	PO- BP	Paylist Liste de paye
------------	---	--------	--------------------------

Notice to Pay Office - Remarque à l'intention du Bureau de paye

Total Payment of / Paiement total de _____ made up of / en _____ payments of / versements de _____ per month / par mois

Include Provincial Sales Tax (if applicable) - Inclure la taxe de vente provinciale (s'il y a lieu)
Y - A M D - J

The leave without pay commenced on / Le congé non payé a commencé le _____

Note - Remarque

The employee's personal cheque, or money order should be made payable to the Receiver General for Canada, post-dated cheques are not acceptable. / Le chèque ou le mandat-poste de l'employé doit être fait à l'ordre du receveur général du Canada. Les chèques postdatés ne sont pas acceptables.

Amendment to Coverage (while on LWOP only) Modification de la protection (pendant le CNP seulement)	Effective Date Date d'entrée en vigueur	Y - A M D - J
--	--	---------------

Type of Leave - Type de congé

Coverage will not be maintained by the employer. Coverage will not be maintained by the employer. The employee must pay the required premiums for: (Check one) / **La protection ne sera pas maintenue par l'employeur. La protection ne sera pas maintenue par l'employeur. L'employé doit verser les primes requises pour un : (Cocher une case)**

- | | |
|---|---|
| Other Leave (Personal, etc.)
Autre congé (personnel, etc.) | Care and Nurturing of Pre-school age children
Soins et éducation d'enfant d'âge préscolaire |
| On Loan (Union or Credit Union)
Détaché (à une coopérative de crédit ou à un syndicat participant) | Relocation of Spouse
Réinstallation du conjoint |
| Long-term personal care of an employee's parents (including step and foster parents)
Soins personnels à long terme des parents de l'employé (y compris les beaux parents et les parents nourriciers) | Employee Terminated with Lay-off Status
Cessation d'emploi en situation de mise en disponibilité |

RATE - TAUX

- | | | |
|------------------------------------|---|---|
| Employee Only
Employé seulement | Employee and spouse or employee and children
Employé et conjoint ou employé et enfants | Employee, spouse and children
Employé, conjoint et enfants |
|------------------------------------|---|---|

Monthly Contribution - Cotisation mensuelle

For a total monthly contribution (excluding sales tax, if applicable) of _____ to be forwarded to The Great-West Life Assurance Company. / Pour une cotisation mensuelle totale (excluant la taxe de vente, s'il y a lieu) de _____ à être envoyée à La Great-West, Compagnie d'assurance-vie.

From - De		To - À	
M-M	Y-A	M-M	Y-A

On behalf of this employee for a period of _____ months / Au nom de cet employé pendant _____ mois

Note to Compensation Advisor - Remarque à l'intention de conseiller en rémunération

I hereby certify that - Je certifie par la présente que : Y - A M D - J

The employee commenced LWOP on / L'employé a commencé son congé non payé le _____

Advise the employee of his responsibility to forward advance payments for period of authorized leave without pay for subsequent months. / Aidez l'employé de sa responsabilité d'envoyer des paiements anticipés pour la période de congé non payé autorisées pour les mois suivants.

Name of Compensation Advisor - Nom du conseiller en rémunération	Complete Address of Department - Adresse complète du ministère
--	--

Date Y - A M D - J	Signature	Telephone No. - N° de téléphone
--------------------	-----------	---------------------------------

