



# Statutory Declaration

Provision of the information requested on this document is required by law in accordance with Section 25 of the *Public Service Superannuation Act* to allow for the payment of a child's allowance upon the death of a contributor. This information is stored in Personal Information Bank number PWGSC PCE 702 and is protected from disclosure to unauthorized persons/agencies pursuant to the provisions of the *Privacy Act*. Under the Act you have the right to request access to your personal information, held by a federal government institution, and to request corrections should you believe the information contains errors or omissions. Personal information that you provide about another individual may be accessible to that person under the *Privacy Act*.

Superannuation Number

This form is required for purposes of Section 25 of the *Public Service Superannuation Act* and should be completed by the survivor or other person(s) having custody and control of dependant children.

Province of \_\_\_\_\_ County of \_\_\_\_\_

## In the matter of the *Public Service Superannuation Act*

I, \_\_\_\_\_ of \_\_\_\_\_  
(Name in full) (Complete Address)

in the county of \_\_\_\_\_ province of \_\_\_\_\_

do solemnly declare:

That I am the \_\_\_\_\_  
(Relation to deceased)

of the late \_\_\_\_\_  
(Name of deceased public servant)

of \_\_\_\_\_, in the  
(Complete Address)

county of \_\_\_\_\_ province of \_\_\_\_\_.

That the dependant children (include stepchildren and adopted children) now alive of the said late contributor, and their birth dates are as follows:

Name	Date of birth	Y	M	D
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

That I have custody and control of all the above-named dependant children, OR the following dependant children:

Name	Date of birth	Y	M	D
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

I make this solemn declaration conscientiously believing it to be true and knowing that it is of the same force and effect as if made under oath.

Declared before me at \_\_\_\_\_  
(City, Town or Village)

In the province of \_\_\_\_\_

on this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_  
(Month) (Year)



\_\_\_\_\_  
Signature of Declarant

\_\_\_\_\_  
Official Title (if applicable)

(Indicate whether Justice of the Peace, Commissioner for oaths, Notary, or other authorized person.)



# Déclaration solennelle

La communication des renseignements demandés dans ce document est requise en vertu de l'article 25 de la *Loi sur la pension de la fonction publique* pour permettre le versement d'une allocation à l'enfant au moment du décès d'un cotisant. Ces renseignements seront versés au fichier de renseignements personnels numéro TPSGC PCE 702. Ils seront protégés contre toute divulgation à des personnes ou à des organismes non autorisés conformément aux dispositions de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Aux termes de ladite loi, vous avez le droit de vous faire communiquer les renseignements personnels vous concernant et conservés par une institution du gouvernement fédéral et de demander des corrections si, selon vous, ils sont erronés ou incomplets. Les renseignements personnels que vous fournissez au sujet d'une autre personne peuvent être communiqués à celle-ci en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*.

Numéro de pension de retraite

Ce formulaire, requis aux fins de l'article 25 de la *Loi sur la pension de la fonction publique*, doit être rempli par le survivant ou toute autre personne ayant la garde et la surveillance des enfants à charge.

Province \_\_\_\_\_ Comté de \_\_\_\_\_

## En ce qui concerne la *Loi sur la pension de la fonction publique*

Je \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Nom au complet) (Adresse au complet)

dans le comté de \_\_\_\_\_ province \_\_\_\_\_

déclare solennellement ;

que je suis \_\_\_\_\_  
(Lien avec le défunt)

de feu \_\_\_\_\_  
(Nom du fonctionnaire décédé)

du \_\_\_\_\_  
(Adresse au complet)

dans le comté de \_\_\_\_\_ province \_\_\_\_\_

Que les enfants à charge (inclure les belles-filles, les beaux-fils et les enfants adoptés) actuellement vivants dudit cotisant décédé et leurs dates de naissance sont les suivantes :

Nom	Date de naissance	A	M	J
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Que j'ai la garde et la surveillance de tous les enfants à charge susnommés OU des enfants à charge suivants :

Nom	Date de naissance	A	M	J
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Je fais cette déclaration solennelle en la croyant véridique en toute conscience et en sachant qu'elle a la même validité et le même effet que si elle était faite sous serment.

Déclaré devant moi à \_\_\_\_\_  
(Ville, cité ou village)

dans la province \_\_\_\_\_

ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_  
(mois) (année)

Signature du déclarant

Titre officiel (le cas échéant)

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