



CONSENT TO DEDUCTION AND PAYMENT
Canada Pension Plan
CONSETEMENT DE DÉDUCTION ET DE PAIEMENT
Régime de pensions du Canada

SECTION A - APPLICANT'S CONSENT - CONSETEMENT DU DEMANDEUR

NAME OF APPLICANT (Please print) - NOM DU DEMANDEUR (en lettres moulées)		ACCOUNT/SOCIAL INSURANCE NUMBER UNDER WHICH CPP BENEFIT WAS APPLIED FOR	NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE/ DU COMPTE UTILISÉ POUR LA DEMANDE DE PRESTATION DU RPC
FAMILY NAME - NOM DE FAMILLE	FIRST NAME AND INITIALS - PRÉNOM ET INITIALES		

ADDRESS OF SERVICE CANADA OFFICE - ADRESSE DU BUREAU DE SERVICE CANADA	TYPE OF BENEFIT APPLIED FOR GENRE DE PRESTATION DEMANDÉE
--	---

Pursuant to the *Canada Pension Plan* and its Regulations, I agree to a deduction from my Canada Pension Plan (CPP) benefit to be paid to the provincial or municipal program named below. This deduction repays the Provincial/Municipal Social Assistance Program for benefits that I would not normally have received from them, if I had been receiving a Canada Pension Plan benefit.

Conformément au *Régime de pensions du Canada* et au Règlement d'application, je consens à ce que l'on retienne une somme d'argent sur ma prestation du Régime de pensions du Canada (RPC) en vue de la verser au programme provincial ou municipal mentionné ci-dessous. La dite retenue rembourse au programme d'assistance sociale provincial ou municipal les prestations que je n'aurais pas reçues d'eux en temps normal si j'avais reçu une prestation du Régime de pensions du Canada.

I understand that:

- the Province/Municipality will be reimbursed only for those months where benefits are payable to me both under the CPP and the Provincial/Municipal Social Assistance Program named herein;
- the deduction from my CPP benefits for a month shall not exceed the amount of the Provincial/Municipal Social Assistance payment for that month;
- the CPP deduction shall be made from my first monthly payment and arrears payment, if applicable. No further deduction shall be made for any other month after;
- this consent is irrevocable.

Je reconnais que :

- la province ou municipalité ne sera remboursée que pour les mois où des prestations m'ont été versées en vertu du RPC et du programme d'assistance sociale provincial ou municipal nommé dans la présente;
- le montant qui sera retenu sur mes prestations du RPC pour un mois ne dépassera pas le montant du paiement d'assistance sociale provincial ou municipal pour le mois en question;
- la retenue du RPC sera faite à partir de mon premier paiement mensuel et du paiement d'arrérages, le cas échéant. Aucune autre retenue ne sera effectuée au cours des mois suivants;
- ce consentement est irrévocable.

I authorize the Canada Pension Plan to communicate information to the Provincial/Municipal authority named herein, in respect of the Canada Pension Plan benefit.

J'autorise le Régime de pensions du Canada à communiquer les renseignements concernant les prestations, aux autorités compétentes dans la présente.

DATE	SIGNATURE OF APPLICANT/REPRESENTATIVE - SIGNATURE DU DEMANDEUR/REPRÉSENTANT	COMPLETE ADDRESS OF APPLICANT - ADRESSE AU COMPLET DU DEMANDEUR
------	---	---

SECTION B - SOCIAL ASSISTANCE PAYMENTS (See conditions on page 6) - PRESTATIONS D'ASSISTANCE SOCIALE (voir les conditions à la page 6)

DATE OF INITIAL PAYMENT DATE DU VERSEMENT INITIAL	AMOUNT OF INITIAL PAYMENT MONTANT DU VERSEMENT INITIAL	AMOUNT OF CONTINUING PAYMENT MONTANT DU VERSEMENT CONTINU	WEEKLY HEBDOMADAIRE	MONTHLY MENSUEL	MONTH WELFARE PAYMENT IS TO CEASE (If known) MOIS OÙ DOIVENT CESSER LES PRESTATIONS D'ASSISTANCE SOCIALE (si connu)
	\$	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

I am the person acting on behalf of the authority named herein and I certify that the funds requested are in respect of assistance paid which would not have been paid if a benefit under the *Canada Pension Plan* had been paid for the period named herein. I further certify that information relating to Canada Pension Plan benefits will not be disclosed to any other person or body unless specific authorization is given by the applicant or his representative.

Je suis la personne agissant au nom de l'autorité désignée dans le présent formulaire et je certifie que les fonds demandés le sont relativement au versement d'une assistance qui n'aurait pas été versée, si des prestations prévues par le *Régime de pensions du Canada* avaient été payées pour la période indiquée ci-dessus. Je certifie de plus que nul renseignement relatif aux prestations du Régime de pensions du Canada ne sera divulgué à toute autre personne ou organisme à moins que le demandeur ou son représentant n'en donne l'autorisation expresse.

NAME AND ADDRESS OF WELFARE AGENCY/OFFICE (Please print) - NOM ET ADRESSE DU BUREAU/DE L'ORGANISME DE BIEN-ÊTRE SOCIAL (en lettres moulées)

DATE	NAME OF CONTACT - NOM DE LA PERSONNE RESSOURCE	SIGNATURE
TELEPHONE - TÉLÉPHONE	FAX - TÉLÉCOPIEUR	AGENCY CODE - CODE DE L'ORGANISME
		REFERENCE NUMBER - NUMÉRO DE RÉFÉRENCE

FORWARD TO
THE NEAREST SERVICE CANADA OFFICE

RETOURNEZ AU
BUREAU DE SERVICE CANADA
LE PLUS PRÈS DE CHEZ VOUS

SECTION D - OFFICE USE ONLY - À L'USAGE EXCLUSIF DU BUREAU

EFFECTIVE DATE OF BENEFIT DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA PRESTATION	CURRENT MONTHLY AMOUNT MONTANT MENSUEL ACTUEL	PAYMENT TO PROVINCE/MUNICIPALITY PAIEMENT VERSÉ À LA PROVINCE/MUNICIPALITÉ	PAYMENT TO CLIENT PAIEMENT VERSÉ AU CLIENT	DATE PAYMENT ISSUED TO CLIENT DATE D'ÉMISSION DU PAIEMENT AU CLIENT	SIGNATURE OF SERVICE CANADA OFFICER SIGNATURE DU REPRÉSENTANT DE SERVICE CANADA
--	--	---	---	--	--



CONSENT TO DEDUCTION AND PAYMENT
Canada Pension Plan
CONSETEMENT DE DÉDUCTION ET DE PAIEMENT
Régime de pensions du Canada

SECTION A - APPLICANT'S CONSENT - CONSETEMENT DU DEMANDEUR

NAME OF APPLICANT (Please print) - NOM DU DEMANDEUR (en lettres moulées)		ACCOUNT/SOCIAL INSURANCE NUMBER UNDER WHICH CPP BENEFIT WAS APPLIED FOR	NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE/ DU COMPTE UTILISÉ POUR LA DEMANDE DE PRESTATION DU RPC
FAMILY NAME - NOM DE FAMILLE	FIRST NAME AND INITIALS - PRÉNOM ET INITIALES		

ADDRESS OF SERVICE CANADA OFFICE - ADRESSE DU BUREAU DE SERVICE CANADA	TYPE OF BENEFIT APPLIED FOR GENRE DE PRESTATION DEMANDÉE
--	---

Pursuant to the *Canada Pension Plan* and its Regulations, I agree to a deduction from my Canada Pension Plan (CPP) benefit to be paid to the provincial or municipal program named below. This deduction repays the Provincial/Municipal Social Assistance Program for benefits that I would not normally have received from them, if I had been receiving a Canada Pension Plan benefit.

Conformément au *Régime de pensions du Canada* et au Règlement d'application, je consens à ce que l'on retienne une somme d'argent sur ma prestation du Régime de pensions du Canada (RPC) en vue de la verser au programme provincial ou municipal mentionné ci-dessous. La dite retenue rembourse au programme d'assistance sociale provincial ou municipal les prestations que je n'aurais pas reçues d'eux en temps normal si j'avais reçu une prestation du Régime de pensions du Canada.

I understand that:

- the Province/Municipality will be reimbursed only for those months where benefits are payable to me both under the CPP and the Provincial/Municipal Social Assistance Program named herein;
- the deduction from my CPP benefits for a month shall not exceed the amount of the Provincial/Municipal Social Assistance payment for that month;
- the CPP deduction shall be made from my first monthly payment and arrears payment, if applicable. No further deduction shall be made for any other month after;
- this consent is irrevocable.

Je reconnais que :

- la province ou municipalité ne sera remboursée que pour les mois où des prestations m'ont été versées en vertu du RPC et du programme d'assistance sociale provincial ou municipal nommé dans la présente;
- le montant qui sera retenu sur mes prestations du RPC pour un mois ne dépassera pas le montant du paiement d'assistance sociale provincial ou municipal pour le mois en question;
- la retenue du RPC sera faite à partir de mon premier paiement mensuel et du paiement d'arrérages, le cas échéant. Aucune autre retenue ne sera effectuée au cours des mois suivants;
- ce consentement est irrévocable.

I authorize the Canada Pension Plan to communicate information to the Provincial/Municipal authority named herein, in respect of the Canada Pension Plan benefit.

J'autorise le Régime de pensions du Canada à communiquer les renseignements concernant les prestations, aux autorités compétentes dans la présente.

DATE	SIGNATURE OF APPLICANT/REPRESENTATIVE - SIGNATURE DU DEMANDEUR/REPRÉSENTANT	COMPLETE ADDRESS OF APPLICANT - ADRESSE AU COMPLET DU DEMANDEUR
------	---	---

SECTION B - SOCIAL ASSISTANCE PAYMENTS (See conditions on page 6) - PRESTATIONS D'ASSISTANCE SOCIALE (voir les conditions à la page 6)

DATE OF INITIAL PAYMENT DATE DU VERSEMENT INITIAL	AMOUNT OF INITIAL PAYMENT MONTANT DU VERSEMENT INITIAL	AMOUNT OF CONTINUING PAYMENT MONTANT DU VERSEMENT CONTINU	WEEKLY HEBDOMADAIRE	MONTHLY MENSUEL	MONTH WELFARE PAYMENT IS TO CEASE (If known) MOIS OÙ DOIVENT CESSER LES PRESTATIONS D'ASSISTANCE SOCIALE (si connu)
	\$	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

I am the person acting on behalf of the authority named herein and I certify that the funds requested are in respect of assistance paid which would not have been paid if a benefit under the *Canada Pension Plan* had been paid for the period named herein. I further certify that information relating to Canada Pension Plan benefits will not be disclosed to any other person or body unless specific authorization is given by the applicant or his representative.

Je suis la personne agissant au nom de l'autorité désignée dans le présent formulaire et je certifie que les fonds demandés sont relativement au versement d'une assistance qui n'aurait pas été versée, si des prestations prévues par le *Régime de pensions du Canada* avaient été payées pour la période indiquée ci-dessus. Je certifie de plus que nul renseignement relatif aux prestations du Régime de pensions du Canada ne sera divulgué à toute autre personne ou organisme à moins que le demandeur ou son représentant n'en donne l'autorisation expresse.

NAME AND ADDRESS OF WELFARE AGENCY/OFFICE (Please print) - NOM ET ADRESSE DU BUREAU/DE L'ORGANISME DE BIEN-ÊTRE SOCIAL (en lettres moulées)

DATE	NAME OF CONTACT - NOM DE LA PERSONNE RESSOURCE	SIGNATURE
TELEPHONE - TÉLÉPHONE	FAX - TÉLÉCOPIEUR	AGENCY CODE - CODE DE L'ORGANISME
		REFERENCE NUMBER - NUMÉRO DE RÉFÉRENCE

SECTION C - CONFIRMATION OF SOCIAL ASSISTANCE PAID — CONFIRMATION DES VERSEMENTS D'ASSISTANCE SOCIALE

DETAILS OF ASSISTANCE PAID (MONTH AND YEAR) DÉTAILS SUR LES VERSEMENTS D'ASSISTANCE (MOIS ET ANNÉE)	JAN - JAN _____	FEB - FÉV _____	MAR - MARS _____	APR - AVR _____	MAY - MAI _____	JUNE - JUIN _____
	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	JUL - JUIL _____	AUG - AOÛT _____	SEP - SEP _____	OCT - OCT _____	NOV - NOV _____	DEC - DÉC _____
	\$	\$	\$	\$	\$	\$
ASSISTANCE L'ASSISTANCE	IS TO CONTINUE - DOIT CONTINUER		CEASED ON - A CESSÉ LE		WILL CEASE AS OF - CESSERA À PARTIR DU	
	<input type="checkbox"/>		DATE ▶		DATE ▶	

HAVE YOU ALREADY REQUESTED A REIMBURSEMENT FROM AN OLD AGE SECURITY BENEFIT?
AVEZ-VOUS DÉJÀ DEMANDÉ UN REMBOURSEMENT POUR UNE PRESTATION DE LA SÉCURITÉ DE LA VIEILLESSE?

YES OUI

NO NON

I CERTIFY THAT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE THE ABOVE AMOUNTS ARE TRUE AND CORRECT.
JE CERTIFIE QUE, AU MEILLEUR DE MA CONNAISSANCE, LES MONTANTS INDIQUÉS CI-DESSUS SONT VRAIS ET EXACTS.

DATE	SIGNATURE	ADDRESS - ADRESSE
TELEPHONE - TÉLÉPHONE	FAX - TÉLÉCOPIEUR	AGENCY CODE - CODE DE L'ORGANISME
		REFERENCE NUMBER - NUMÉRO DE RÉFÉRENCE

SECTION D - OFFICE USE ONLY - À L'USAGE EXCLUSIF DU BUREAU

EFFECTIVE DATE OF BENEFIT DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA PRESTATION	CURRENT MONTHLY AMOUNT MONTANT MENSUEL ACTUEL	PAYMENT TO PROVINCE/MUNICIPALITY PAIEMENT VERSÉ À LA PROVINCE/MUNICIPALITÉ	PAYMENT TO CLIENT PAIEMENT VERSÉ AU CLIENT	DATE PAYMENT ISSUED TO CLIENT DATE D'ÉMISSION DU PAIEMENT AU CLIENT	SIGNATURE OF SERVICE CANADA OFFICER SIGNATURE DU REPRÉSENTANT DE SERVICE CANADA
--	--	---	---	--	--



CONSENT TO DEDUCTION AND PAYMENT
Canada Pension Plan
CONSETEMENT DE DÉDUCTION ET DE PAIEMENT
Régime de pensions du Canada

SECTION A - APPLICANT'S CONSENT - CONSETEMENT DU DEMANDEUR

NAME OF APPLICANT (Please print) - NOM DU DEMANDEUR (en lettres moulées)		ACCOUNT/SOCIAL INSURANCE NUMBER UNDER WHICH CPP BENEFIT WAS APPLIED FOR	NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE/ DU COMPTE UTILISÉ POUR LA DEMANDE DE PRESTATION DU RPC
FAMILY NAME - NOM DE FAMILLE	FIRST NAME AND INITIALS - PRÉNOM ET INITIALES		

ADDRESS OF SERVICE CANADA OFFICE - ADRESSE DU BUREAU DE SERVICE CANADA	TYPE OF BENEFIT APPLIED FOR GENRE DE PRESTATION DEMANDÉE
--	---

Pursuant to the *Canada Pension Plan* and its Regulations, I agree to a deduction from my Canada Pension Plan (CPP) benefit to be paid to the provincial or municipal program named below. This deduction repays the Provincial/Municipal Social Assistance Program for benefits that I would not normally have received from them, if I had been receiving a Canada Pension Plan benefit.

Conformément au *Régime de pensions du Canada* et au Règlement d'application, je consens à ce que l'on retienne une somme d'argent sur ma prestation du Régime de pensions du Canada (RPC) en vue de la verser au programme provincial ou municipal mentionné ci-dessous. La dite retenue rembourse au programme d'assistance sociale provincial ou municipal les prestations que je n'aurais pas reçues d'eux en temps normal si j'avais reçu une prestation du Régime de pensions du Canada.

I understand that:

- the Province/Municipality will be reimbursed only for those months where benefits are payable to me both under the CPP and the Provincial/Municipal Social Assistance Program named herein;
- the deduction from my CPP benefits for a month shall not exceed the amount of the Provincial/Municipal Social Assistance payment for that month;
- the CPP deduction shall be made from my first monthly payment and arrears payment, if applicable. No further deduction shall be made for any other month after;
- this consent is irrevocable.

Je reconnais que :

- la province ou municipalité ne sera remboursée que pour les mois où des prestations m'ont été versées en vertu du RPC et du programme d'assistance sociale provincial ou municipal nommé dans la présente;
- le montant qui sera retenu sur mes prestations du RPC pour un mois ne dépassera pas le montant du paiement d'assistance sociale provincial ou municipal pour le mois en question;
- la retenue du RPC sera faite à partir de mon premier paiement mensuel et du paiement d'arrérages, le cas échéant. Aucune autre retenue ne sera effectuée au cours des mois suivants;
- ce consentement est irrévocable.

I authorize the Canada Pension Plan to communicate information to the Provincial/Municipal authority named herein, in respect of the Canada Pension Plan benefit.

J'autorise le Régime de pensions du Canada à communiquer les renseignements concernant les prestations, aux autorités compétentes dans la présente.

DATE	SIGNATURE OF APPLICANT/REPRESENTATIVE - SIGNATURE DU DEMANDEUR/REPRÉSENTANT	COMPLETE ADDRESS OF APPLICANT - ADRESSE AU COMPLET DU DEMANDEUR
------	---	---

SECTION B - SOCIAL ASSISTANCE PAYMENTS (See conditions on page 4) - PRESTATIONS D'ASSISTANCE SOCIALE (voir les conditions à la page 4)

DATE OF INITIAL PAYMENT DATE DU VERSEMENT INITIAL	AMOUNT OF INITIAL PAYMENT MONTANT DU VERSEMENT INITIAL	AMOUNT OF CONTINUING PAYMENT MONTANT DU VERSEMENT CONTINU	WEEKLY HEBDOMADAIRE	MONTHLY MENSUEL	MONTH WELFARE PAYMENT IS TO CEASE (If known) MOIS OÙ DOIVENT CESSER LES PRESTATIONS D'ASSISTANCE SOCIALE (si connu)
	\$	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

I am the person acting on behalf of the authority named herein and I certify that the funds requested are in respect of assistance paid which would not have been paid if a benefit under the *Canada Pension Plan* had been paid for the period named herein. I further certify that information relating to Canada Pension Plan benefits will not be disclosed to any other person or body unless specific authorization is given by the applicant or his representative.

Je suis la personne agissant au nom de l'autorité désignée dans le présent formulaire et je certifie que les fonds demandés le sont relativement au versement d'une assistance qui n'aurait pas été versée, si des prestations prévues par le *Régime de pensions du Canada* avaient été payées pour la période indiquée ci-dessus. Je certifie de plus que nul renseignement relatif aux prestations du Régime de pensions du Canada ne sera divulgué à toute autre personne ou organisme à moins que le demandeur ou son représentant n'en donne l'autorisation expresse.

NAME AND ADDRESS OF WELFARE AGENCY/OFFICE (Please print) - NOM ET ADRESSE DU BUREAU/DE L'ORGANISME DE BIEN-ÊTRE SOCIAL (en lettres moulées)

DATE	NAME OF CONTACT - NOM DE LA PERSONNE RESSOURCE	SIGNATURE
TELEPHONE - TÉLÉPHONE	FAX - TÉLÉCOPIEUR	AGENCY CODE - CODE DE L'ORGANISME
		REFERENCE NUMBER - NUMÉRO DE RÉFÉRENCE

SECTION C - CONFIRMATION OF SOCIAL ASSISTANCE PAID — CONFIRMATION DES VERSEMENTS D'ASSISTANCE SOCIALE

DETAILS OF ASSISTANCE PAID (MONTH AND YEAR) DÉTAILS SUR LES VERSEMENTS D'ASSISTANCE (MOIS ET ANNÉE)	JAN - JAN _____	FEB - FÉV _____	MAR - MARS _____	APR - AVR _____	MAY - MAI _____	JUNE - JUIN _____
	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	JUL - JUIL _____	AUG - AOÛT _____	SEP - SEP _____	OCT - OCT _____	NOV - NOV _____	DEC - DÉC _____
	\$	\$	\$	\$	\$	\$
ASSISTANCE L'ASSISTANCE	IS TO CONTINUE - DOIT CONTINUER		CEASED ON - A CESSÉ LE		WILL CEASE AS OF - CESSERA À PARTIR DU	
	<input type="checkbox"/>		DATE ▶		DATE ▶	

HAVE YOU ALREADY REQUESTED A REIMBURSEMENT FROM AN OLD AGE SECURITY BENEFIT?
AVEZ-VOUS DÉJÀ DEMANDÉ UN REMBOURSEMENT POUR UNE PRESTATION DE LA SÉCURITÉ DE LA VIEILLESSE?

YES OUI

NO NON

I CERTIFY THAT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE THE ABOVE AMOUNTS ARE TRUE AND CORRECT.
JE CERTIFIE QUE, AU MEILLEUR DE MA CONNAISSANCE, LES MONTANTS INDIQUÉS CI-DESSUS SONT VRAIS ET EXACTS.

DATE	SIGNATURE	ADDRESS - ADRESSE
TELEPHONE - TÉLÉPHONE	FAX - TÉLÉCOPIEUR	AGENCY CODE - CODE DE L'ORGANISME
		REFERENCE NUMBER - NUMÉRO DE RÉFÉRENCE

SECTION D - OFFICE USE ONLY - À L'USAGE EXCLUSIF DU BUREAU

EFFECTIVE DATE OF BENEFIT DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA PRESTATION	CURRENT MONTHLY AMOUNT MONTANT MENSUEL ACTUEL	PAYMENT TO PROVINCE/MUNICIPALITY PAIEMENT VERSÉ À LA PROVINCE/MUNICIPALITÉ	PAYMENT TO CLIENT PAIEMENT VERSÉ AU CLIENT	DATE PAYMENT ISSUED TO CLIENT DATE D'ÉMISSION DU PAIEMENT AU CLIENT	SIGNATURE OF SERVICE CANADA OFFICER SIGNATURE DU REPRÉSENTANT DE SERVICE CANADA
--	--	---	---	--	--

CONDITIONS OF ACCEPTABILITY

- The applicant for social assistance must have applied or be in the process of applying for Canada Pension Plan (CPP) benefits.
- A Consent to Deduction and Payment form, ISP 1613 must be received within 12 months from the date which it has been signed by both the CPP applicant and a Welfare agency representative.
- The total amount of welfare to be reimbursed must be greater than \$50.00.

CONDITIONS RELATIVES AU CONSENTEMENT

- La personne qui demande l'assistance sociale doit avoir présenté ou avoir l'intention de présenter une demande de prestations du Régime de pensions du Canada (RPC).
- Le formulaire de consentement de déduction et de paiement, ISP 1613, doit être reçu dans les douze mois suivant la date à laquelle il a été signé par le demandeur du RPC et le représentant du bureau d'aide sociale.
- Le montant total de l'assistance sociale à rembourser doit être supérieur à 50,00 \$.



CONSENT TO DEDUCTION AND PAYMENT
Canada Pension Plan
CONSETEMENT DE DÉDUCTION ET DE PAIEMENT
Régime de pensions du Canada

SECTION A - APPLICANT'S CONSENT - CONSETEMENT DU DEMANDEUR

NAME OF APPLICANT (Please print) - NOM DU DEMANDEUR (en lettres moulées)		ACCOUNT/SOCIAL INSURANCE NUMBER UNDER WHICH CPP BENEFIT WAS APPLIED FOR	NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE/ DU COMPTE UTILISÉ POUR LA DEMANDE DE PRESTATION DU RPC
FAMILY NAME - NOM DE FAMILLE		FIRST NAME AND INITIALS - PRÉNOM ET INITIALES	

ADDRESS OF SERVICE CANADA OFFICE - ADRESSE DU BUREAU DE SERVICE CANADA	TYPE OF BENEFIT APPLIED FOR GENRE DE PRESTATION DEMANDÉE
--	---

Pursuant to the *Canada Pension Plan* and its Regulations, I agree to a deduction from my Canada Pension Plan (CPP) benefit to be paid to the provincial or municipal program named below. This deduction repays the Provincial/Municipal Social Assistance Program for benefits that I would not normally have received from them, if I had been receiving a Canada Pension Plan benefit.

Conformément au *Régime de pensions du Canada* et au Règlement d'application, je consens à ce que l'on retienne une somme d'argent sur ma prestation du Régime de pensions du Canada (RPC) en vue de la verser au programme provincial ou municipal mentionné ci-dessous. La dite retenue rembourse au programme d'assistance sociale provincial ou municipal les prestations que je n'aurais pas reçues d'eux en temps normal si j'avais reçu une prestation du Régime de pensions du Canada.

I understand that:

- the Province/Municipality will be reimbursed only for those months where benefits are payable to me both under the CPP and the Provincial/Municipal Social Assistance Program named herein;
- the deduction from my CPP benefits for a month shall not exceed the amount of the Provincial/Municipal Social Assistance payment for that month;
- the CPP deduction shall be made from my first monthly payment and arrears payment, if applicable. No further deduction shall be made for any other month after;
- this consent is irrevocable.

Je reconnais que :

- la province ou municipalité ne sera remboursée que pour les mois où des prestations m'ont été versées en vertu du RPC et du programme d'assistance sociale provincial ou municipal nommé dans la présente;
- le montant qui sera retenu sur mes prestations du RPC pour un mois ne dépassera pas le montant du paiement d'assistance sociale provincial ou municipal pour le mois en question;
- la retenue du RPC sera faite à partir de mon premier paiement mensuel et du paiement d'arrérages, le cas échéant. Aucune autre retenue ne sera effectuée au cours des mois suivants;
- ce consentement est irrévocable.

I authorize the Canada Pension Plan to communicate information to the Provincial/Municipal authority named herein, in respect of the Canada Pension Plan benefit.

J'autorise le Régime de pensions du Canada à communiquer les renseignements concernant les prestations, aux autorités compétentes dans la présente.

DATE	SIGNATURE OF APPLICANT/REPRESENTATIVE - SIGNATURE DU DEMANDEUR/REPRÉSENTANT	COMPLETE ADDRESS OF APPLICANT - ADRESSE AU COMPLET DU DEMANDEUR
------	---	---

SECTION B - SOCIAL ASSISTANCE PAYMENTS (See conditions on page 6) - PRESTATIONS D'ASSISTANCE SOCIALE (voir les conditions à la page 6)

DATE OF INITIAL PAYMENT DATE DU VERSEMENT INITIAL	AMOUNT OF INITIAL PAYMENT MONTANT DU VERSEMENT INITIAL	AMOUNT OF CONTINUING PAYMENT MONTANT DU VERSEMENT CONTINU	WEEKLY HEBDOMADAIRE	MONTHLY MENSUEL	MONTH WELFARE PAYMENT IS TO CEASE (If known) MOIS OÙ DOIVENT CESSER LES PRESTATIONS D'ASSISTANCE SOCIALE (si connu)
	\$	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

I am the person acting on behalf of the authority named herein and I certify that the funds requested are in respect of assistance paid which would not have been paid if a benefit under the *Canada Pension Plan* had been paid for the period named herein. I further certify that information relating to Canada Pension Plan benefits will not be disclosed to any other person or body unless specific authorization is given by the applicant or his representative.

Je suis la personne agissant au nom de l'autorité désignée dans le présent formulaire et je certifie que les fonds demandés le sont relativement au versement d'une assistance qui n'aurait pas été versée, si des prestations prévues par le *Régime de pensions du Canada* avaient été payées pour la période indiquée ci-dessus. Je certifie de plus que nul renseignement relatif aux prestations du Régime de pensions du Canada ne sera divulgué à toute autre personne ou organisme à moins que le demandeur ou son représentant n'en donne l'autorisation expresse.

NAME AND ADDRESS OF WELFARE AGENCY/OFFICE (Please print) - NOM ET ADRESSE DU BUREAU/DE L'ORGANISME DE BIEN-ÊTRE SOCIAL (en lettres moulées)

DATE	NAME OF CONTACT - NOM DE LA PERSONNE RESSOURCE	SIGNATURE
TELEPHONE - TÉLÉPHONE	FAX - TÉLÉCOPIEUR	AGENCY CODE - CODE DE L'ORGANISME
		REFERENCE NUMBER - NUMÉRO DE RÉFÉRENCE

CONDITIONS OF ACCEPTABILITY

- The applicant for social assistance must have applied or be in the process of applying for Canada Pension Plan (CPP) benefits.
- A Consent to Deduction and Payment form, ISP 1613 must be received within 12 months from the date which it has been signed by both the CPP applicant and a Welfare agency representative.
- The total amount of welfare to be reimbursed must be greater than \$50.00.

CONDITIONS RELATIVES AU CONSENTEMENT

- La personne qui demande l'assistance sociale doit avoir présenté ou avoir l'intention de présenter une demande de prestations du Régime de pensions du Canada (RPC).
- Le formulaire de consentement de déduction et de paiement, ISP 1613, doit être reçu dans les douze mois suivant la date à laquelle il a été signé par le demandeur du RPC et le représentant du bureau d'aide sociale.
- Le montant total de l'assistance sociale à rembourser doit être supérieur à 50,00 \$.



Service Canada Offices

Your form(s) should be mailed to the nearest Service Canada office. These offices are shown below. If you need any help while you are completing your form(s) and you are in **Canada or the United States**, you can phone our toll-free number **1 800 277-9914**. For people with speech or hearing impairments using a teletypewriter device TTY, call **1 800 255-4786**. Please have your social insurance number ready. **Note:** If you are applying from outside of Canada, mail your form(s) to the office in the province where you last resided.

NEWFOUNDLAND AND LABRADOR

Service Canada
P.O. Box 9430
St. John's NL A1A 2Y5

ONTARIO (Timmins)

Service Canada
P.O. Bag 2013
Timmins ON P4N 8C8

PRINCE EDWARD ISLAND

Service Canada
P.O. Box 20105
Sherwood Postal Outlet
Sherwood PE C1A 9E3

ONTARIO (Chatham)

Service Canada
P.O. Box 2020
Chatham ON N7M 6B2

NOVA SCOTIA

Service Canada
P.O. Box 1687
Postal Station "M"
Halifax NS B3J 3J4

MANITOBA AND SASKATCHEWAN

Service Canada
P.O. Box 818
Station Main
Winnipeg MB R3C 2N4

NEW BRUNSWICK

Service Canada
P.O. Box 250
Fredericton NB E3B 4Z6

ALBERTA / NORTHWEST TERRITORIES AND NUNAVUT

Service Canada
P.O. Box 2710
Main Station
Edmonton AB T5J 4C2

QUEBEC

Service Canada
P.O. Box 1816
Quebec QC G1K 7L5

BRITISH COLUMBIA AND YUKON

Service Canada
P.O. Box 1177
Victoria BC V8W 2V2

ONTARIO (Scarborough)

Service Canada
P.O. Box 5100
Postal Station "D"
Scarborough ON M1R 5C8

Ce formulaire est disponible en français - ISP-3501F