



Convention relative à l'administration des prestations aux termes de la loi sur la Sécurité de la vieillesse et/ou du Régime de pensions du Canada par un organisme ou établissement

Les administrateurs doivent garder des registres annuels des sommes d'argent reçues et dépensées pour le compte de nos bénéficiaires. À la demande du Ministre, les administrateurs doivent fournir un rapport comptable de même que la documentation exigée pour l'année ou les années pertinente(s).

Il est très important que vous :

- utilisez un **stylo** et écrivez le plus lisiblement possible en **lettres moulées**.

Numéro d'assurance sociale
du bénéficiaire

Les renseignements contenus dans le présent formulaire sont essentiels en vue des paiements des prestations versées aux termes de la *Loi sur la sécurité de la vieillesse et/ou du Régime de pensions du Canada* aux personnes qui agissent au nom d'un bénéficiaire incapable de gérer ses propres affaires. Ces renseignements sont conservés dans le fichier se rapportant à la prestation qui est payée. En vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, le bénéficiaire a le droit de demander une copie de son dossier.

Bénéficiaire de la Sécurité de la vieillesse et/ou du Régime de pensions du Canada

M.	Mme	Prénom habituel et initiale	Nom de famille
Mlle			

Organisme ou établissement

Nom officiel de l'organisme ou de l'établissement		
Adresse - No., rue, app., C.P., R.R. et ville		Province ou territoire
		Pays - si ce n'est pas le Canada
		Code postal

Par la présente, nous acceptons, lorsque dûment nommées, de recevoir les prestations payables à tout bénéficiaire aux termes de la *Loi sur la sécurité de la vieillesse et/ou du Régime de pensions du Canada*, si Développement des ressources humaines Canada décide de verser les prestations à l'organisme ou à l'établissement et sans exiger de frais, nous nous engageons :

- à agir au nom du bénéficiaire selon les directives que Développement des ressources humaines Canada pourraient me fournir, à administrer et à dépenser les prestations dans le meilleur intérêt du bénéficiaire;
- à fournir un rapport comptable de tous les versements de prestation reçus et des sommes dépensées sur les versements à la demande de Développement des ressources humaines Canada;
- à informer Développement des ressources humaines Canada, si le bénéficiaire change d'adresse, s'absente du Canada, décède, redevient capable de gérer ses propres affaires ou si l'administration se termine. À leur fournir tout autre renseignement ou preuve et à accomplir tout acte requis du bénéficiaire en vertu de la *Loi sur la sécurité de la vieillesse*, du *Régime de pensions du Canada* ou de leurs Règlements; et
- à retourner les paiements non encaissés au moment du décès, tous les versements de prestation de la *Sécurité de la vieillesse et/ou du Régime de pensions du Canada*, ou les paiements qui pourraient avoir été versés après le mois du décès et à rembourser à Sa Majesté la Reine du chef du Canada toute perte qu'elle pourrait subir si ces paiements sont encaissés.

EN FOI DE QUOI, ce document a été signé, sous le sceau de l'organisme ou de l'établissement, par ses représentants autorisés à cet effet, ce _____ jour de _____, de l'année _____.

Signature du représentant de l'organisme ou de l'établissement X _____ Signature du représentant	Signé, scellé et délivré en présence de X _____ Signature du témoin		
	Nom du témoin- en lettres moulées		
Nom du représentant - en lettres moulées	Adresse du témoin - No., rue, app., C.P., R.R. et ville		
Prière d'indiquer votre titre	Ville ou Village		Province ou territoire
	Pays	Code postal	N° de téléphone
N° de téléphone	Occupation du témoin		



Bureaux de Service Canada

Vous devez envoyer le(s) formulaire(s) par courrier au bureau de Service Canada le plus près de chez vous. La liste de ces bureaux se trouve ci-dessous. Si vous avez besoin d'aide pour remplir le(s) formulaire(s) et que vous demeurez **au Canada ou aux États-Unis**, vous pouvez téléphoner sans frais au **1 800 277-9915**. Les personnes ayant un trouble de la parole ou une déficience auditive qui utilisent un télécriteur ATS peuvent appeler au **1 800 255-4786**. Ayez votre numéro d'assurance sociale à portée de la main. **Note** : Si vous envoyez votre formulaire de l'extérieur du Canada, vous devez l'envoyer au bureau régional se trouvant dans la province de votre dernière résidence.

TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

Service Canada
Case postale 9430
St. John's NL A1A 2Y5

ONTARIO (Timmins)

Service Canada
Sac Postal 2013
Timmins ON P4N 8C8

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Service Canada
Case postale 20105
Comptoir postal Sherwood
Sherwood PE C1A 9E3

ONTARIO (Chatham)

Service Canada
Case postale 2020
Chatham ON N7M 6B2

NOUVELLE-ÉCOSSE

Service Canada
Case postale 1687
Succursale « M »
Halifax NS B3J 3J4

MANITOBA ET SASKATCHEWAN

Service Canada
Case postale 818
Succursale Main
Winnipeg MB R3C 2N4

NOUVEAU-BRUNSWICK

Service Canada
Case postale 250
Fredericton NB E3B 4Z6

ALBERTA / TERRITOIRES DU NORD-OUEST ET NUNAVUT

Service Canada
Case postale 2710
Succursale Main
Edmonton AB T5J 4C2

QUÉBEC

Service Canada
Case postale 1816
Québec QC G1K 7L5

COLOMBIE-BRITANNIQUE ET YUKON

Service Canada
Case postale 1177
Victoria BC V8W 2V2

ONTARIO (Scarborough)

Service Canada
Case postale 5100
Succursale « D »
Scarborough ON M1R 5C8

This form is also available in English - ISP-3501E