



Autorisation de communiquer des renseignements SÉCURITÉ DE LA VIEILLESSE

Il est très important que vous :

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

SECTION A - COMPTE D'OÙ PROVIENNENT LES RENSEIGNEMENTS DEVANT ÊTRE COMMUNIQUÉS

1. Numéro d'assurance sociale ou numéro de compte (s'il y a lieu)	
2. <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme	Prénom usuel et initiale
	Nom de famille

SECTION B - PERSONNE QUI AUTORISE LA COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS

Partie 1 : Conformément à la *Loi sur la sécurité de la vieillesse* et au Règlement y afférent, j'autorise le ministre de Développement des ressources humaines Canada à communiquer, **annuellement et compte tenu des restrictions stipulées ci-dessous**, les renseignements désignés à la Partie 2 de cette section, à la personne ou à l'organisme nommé à la Section C.

La présente autorisation demeure en vigueur, sauf si je l'annule par écrit. J'ai lu les restrictions données sur le présent formulaire, et je comprends le sens et les conséquences de la présente autorisation.

Je suis (*cochez une case*) : le bénéficiaire un représentant légal

Signature du bénéficiaire ou du représentant légal	Année	Mois	Jour
X			

Cette section doit être remplie par le représentant légal seulement

<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme	Prénom usuel et initiale	Nom de famille
Adresse du domicile (N°, rue, app., R.R.)		Indicatif régional et numéro de téléphone
Ville		() -
Province ou territoire	Pays - si ce n'est pas le Canada	Code postal

Partie 2 : Renseignements à communiquer

- Tout** renseignement demandé par la personne ou l'organisme indiqué à la Section C.
- OU**
- Les informations suivantes (Veuillez indiquer les renseignements à être communiqués)
- GENRE DE PRESTATIONS**
- Sécurité de la vieillesse Supplément de revenu garanti Allocation Allocation au survivant
- Montant mensuel de la prestation payable** - Il s'agit du montant actuel de la prestation payable chaque mois.
- Mois et année du début de la prestation** - Il s'agit du premier mois où il y a eu admissibilité à la prestation.
- Mois et année où a cessé la prestation** - Il s'agit du dernier mois où il y a eu admissibilité à la prestation.

This form is also available in English - ISP-3015E

Numéro d'assurance sociale

SECTION C - PERSONNE OU ORGANISME QUI RECEVRA LES RENSEIGNEMENTS

1. Nom de la personne ou de l'organisme		2. Indicatif régional et numéro de téléphone () -	
3. Adresse (N°, rue, app., R.R.)		Ville	
Province ou territoire	Pays - si ce n'est pas le Canada		Code postal
Les renseignements obtenus en vertu de cette demande ne seront communiqués à aucune autre personne ni à aucun autre organisme à moins que le bénéficiaire ou le représentant légal n'en donne l'autorisation expresse.			
Signature de la personne ou de l'organisme			Année Mois Jour
X			

RESTRICTIONS

Le Règlement stipule qu'aucun renseignement ne sera donné si :

1. l'autorisation a été signée plus d'un an avant le jour de sa réception;
2. plus d'une demande de renseignements concernant le même bénéficiaire est présentée au cours de la même année et les renseignements doivent être communiqués à la même personne ou au même organisme;
3. la présente autorisation a été annulée par écrit.



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