



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 une reddition de comptes de même que la documentation exigée pour l'année ou les années pertinente(s).

Numéro d'assurance sociale du bénéficiaire
--

Il est très important que vous :

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

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 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

<input type="radio"/> M. <input type="radio"/> Mme	Prénom habituel et initiale	Nom de famille
<input type="radio"/> Mlle		

Organisme ou établissement

Nom officiel de l'organisme ou de l'établissement

Adresse - N^o., 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 nommés, 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 Emploi et Développement social 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 Emploi et Développement social Canada pourraient nous fournir, à administrer et à dépenser les prestations dans l'intérêt supérieur du bénéficiaire;
- à fournir une reddition de comptes de tous les versements de prestation reçus et des sommes dépensées sur les versements à la demande de Emploi et Développement social Canada;
- à informer Emploi et Développement social Canada si le bénéficiaire change d'adresse, s'absente du Canada, décède ou redevient capable de gérer ses affaires, ou si l'administration se termine; ainsi qu'à leur fournir tout autre renseignement ou toute autre 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, au moment du décès, tous les paiements de la Sécurité de la vieillesse et/ou du Régime de pensions du Canada 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.

Si vous êtes une municipalité, un organisme de bienfaisance, ou un organisme à but non lucratif qui demande à administrer les prestations d'un aîné inapte sans abri ou qui est à risque imminent de l'être, veuillez répondre aux questions 1 à 3.

Renseignements sur la condition de vie de la personne

1. **J'atteste par la présente que j'ai évalué la condition de vie de la personne et que je crois que la personne nommée ci-dessus est sans abri ou à risque imminent de l'être à cause des facteurs suivants (cochez les cases qui s'appliquent) :**

- absence d'une adresse domiciliaire fixe;
- fréquentation habituelle de refuges;
- conditions de logement précaires, dangereuses ou inadéquates;
- déclaration volontaire de la personne qu'elle est sans abri.

Numéro d'assurance sociale du bénéficiaire

Renseignements sur votre organisme

2. Type d'organisme

J'atteste par la présente que notre organisme _____ est :
 _____ Nom de l'organisme

une municipalité constituée en personne morale en vertu de la loi provinciale ou territoriale applicable (veuillez préciser le nom et la section de la loi applicable) _____

un organisme de bienfaisance enregistré (veuillez indiquer le numéro d'enregistrement de l'organisme de bienfaisance) _____

un organisme à but non lucratif (veuillez préciser si votre organisme détient un statut d'exonération fiscale aux termes de la *Loi de l'impôt sur le revenu*)

Oui *Si oui, veuillez fournir une preuve d'exonération. Si vous ne disposez pas d'une telle preuve, veuillez fournir des renseignements étayant votre réponse selon laquelle vous êtes un organisme à but non lucratif.

Non

3. Veuillez confirmer que vous détenez la police d'assurance responsabilité professionnelle appropriée ou, en cas des municipalités, la capacité de financer les obligations.

Oui

Non

NOTE : Si vous faites une déclaration fautive ou trompeuse, vous vous exposez à une pénalité administrative et à des intérêts, le cas échéant, en vertu du *Régime de pensions du Canada* ou de la *Loi sur la sécurité de la vieillesse*, ou à une poursuite pour infraction. Si vous recevez ou obtenez des prestations auxquelles vous n'êtes pas admissible, elles devraient être remboursées.

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 - N^o., rue, app., C.P., R.R.

Prière d'indiquer votre titre

Ville ou Village

Province ou territoire

Pays si ce n'est pas le Canada

Code postal

N^o de téléphone

N^o de téléphone

Occupation du témoin

