

**Voluntary Savings Plan
(VSP) Payroll Deduction
Authorization**

**Autorisation de retenue
salariale pour le Régime d'épargne
volontaire (REV)**

Section 1 - Employee Information Renseignements sur l'employé

Family Name Nom de famille	First Name Prénom	Employee ID N° d'identification de l'employé
-------------------------------	----------------------	--

Section 2 - Payroll Deduction Authorization Autorisation de retenue à la source

Check one choice only.

I hereby authorize Canada Post to deduct one (1) of the following contribution levels per pay, to be deposited into my Voluntary Savings Plan account.

- 0%
- 1%
- 2%
- 3%
- 4%
- 5%
- 6%

The percent (%) selected above represents a percent (%) of your eligible earnings.

Last date you made a change to your contribution:

Year	M	D

N'indiquez qu'un seul choix.

J'autorise Postes Canada à retenir sur chaque paie un montant équivalent au taux de contribution indiqué ci-après et de l'affecter à mon compte du Régime d'épargne volontaire de Postes Canada.

- 0%
- 1%
- 2%
- 3%
- 4%
- 5%
- 6%

Le taux (%) sélectionné plus haut représente un pourcentage (%) de vos gains admissibles.

Date de la dernière modification que vous avez apportée à vos cotisations :

Année	M	J

Section 3 - Acknowledgement Déclaration

I understand that I may revise my contribution level no more than once every 6 months. Upon authorizing a change, by submitting a Voluntary Savings Plan Payroll Deduction Authorization form, I understand that the change will take effect in the pay period following the date AccessHR processes the form.

I authorize Canada Post to share my personal information with the administrator of the plan.

Je reconnais que je ne peux modifier mon taux de contribution plus d'une fois tous les six mois. Au moment d'autoriser une modification, en présentant un formulaire d'autorisation de retenue salariale pour le Régime d'épargne volontaire, je reconnais que la modification prendra effet à la période de paie suivant la date à laquelle le bureau d'AccèsRH aura traité le formulaire.

J'autorise Postes Canada à transmettre mes renseignements personnels à l'administrateur du régime.

Signature	Date Year Année M M D J

Instructions:
Return this form, completed in full, to:
AccessHR
B125-2701 Riverside Dr.
Ottawa, ON K1A 0B1

Directives :
Retournez ce formulaire dûment rempli, signé et daté au bureau :
AccèsRH
B125-2701 Prom. Riverside
Ottawa (ON) K1A 0B1

For internal use only Pour usage interne seulement