



# Statutory Declaration

## Public Service Superannuation Act Administration

Pension Number
----------------

Information provided on this document is necessary by law under the *Public Service Superannuation Act*. This information is retained under Personal Information Bank Number PWGSC PCE 702. Access to this information will be refused for unauthorized persons/agencies following the provisions of the *Privacy Act*. Under the Act you have the right to request access to your personal information held by a federal government institution. You can also request corrections if you believe the information contains errors or omissions. Information that you give about another individual is available to that person following the provisions of the *Privacy Act*.

Use this form only if there is no person entitled by law to act as a committee or curator for the recipient who is unable to manage or is incapable of managing his or her own affairs. Complete two copies of this form; send the original to the address below and keep the second copy for your records.

If there is a legal committee, please send a certified copy of the court order or other instrument appointing the committee, to:  
**Public Works and Government Services Canada, Public Service Pension Centre - Mail Facility**  
**150 Dion Blvd PO Box 8000, Matane QC G4W 4T6.**

I, \_\_\_\_\_, of \_\_\_\_\_  
(Full name of declarant) (Number and street) (City, town or village)

solemnly declare as follows:

\_\_\_\_\_  
(Province) (Postal Code) (Telephone Number)

1. That I am \* \_\_\_\_\_ of \_\_\_\_\_ and have  
knowledge that \_\_\_\_\_ receives a benefit under the Public Service Superannuation Act.  
(Full name of recipient)

- i) Mother, father, sister, brother, spouse, daughter, son, etc.; if not immediate family, give explanation on a separate sheet of paper.
- ii) If the proposed payee is an institution, give your position title and the name of the institution.

2. I know the recipient cannot manage his or her own affairs for the reasons stated in the certificate of Dr. \_\_\_\_\_ marked Exhibit "A" to this declaration.

3. There is no person entitled by law to act as a committee of the recipient, and

4. If the monies payable to the recipient are paid to me, I agree:

- (a) to manage the monies for the care of the recipient and his or her dependants during the period he or she cannot manage his or her own affairs;
- (b) to indemnify and save harmless the Government of Canada from and against all claims for which it may be liable because of the payments being made to me instead of the recipient; and
- (c) to let Public Works and Government Services Canada, Public Service Pension Centre - Mail Facility 150 Dion Blvd PO Box 8000 Matane QC G4W 4T6, know if:
  - i) the recipient becomes able or capable of managing his or her own affairs, or
  - ii) the recipient dies.

5. Marked Exhibit "B" to this declaration is a certificate from two responsible persons. They recommend that I am a proper person to manage the payments due to the recipient under the *Public Service Superannuation Act*.

**I MAKE THIS SOLEMN DECLARATION** conscientiously believing it to be true and knowing that it has the same effect as if made under oath.

Declared before me at \_\_\_\_\_  
(City, Town or Village)  
in the province of \_\_\_\_\_  
on \_\_\_\_\_  
Date (Y M D)

}  
\_\_\_\_\_  
Signature of Declarant

Signature of person authorized to take a Statutory Declaration. (Indicate whether a Justice of the Peace, Notary, Lawyer, Commissioner of Oaths (expiry date must be indicated), etc. and use stamp or seal)

\_\_\_\_\_  
Signature of person authorized (Y M D)  
Expiry Date \_\_\_\_\_



Pension Number

**EXHIBIT "A" - CERTIFICATE OF MEDICAL PRACTITIONER**

I, \_\_\_\_\_, a qualified medical practitioner living at \_\_\_\_\_  
(Name of medical practitioner) (City, town or village)

in the province of \_\_\_\_\_ state that \_\_\_\_\_  
(Full name of recipient)

is unable to manage or is incapable of managing his or her own affairs for the following reasons:

Date \_\_\_\_\_ Signed \_\_\_\_\_  
(Y M D)

**EXHIBIT "B" - CERTIFICATE OF RESPONSIBLE PERSONS**

The "Certificate of Responsible Persons" must be completed by two responsible persons not related to either the recipient or the proposed payee and not financially interested in the proposed designation. These persons should not include:

- (a) the medical practitioner who has certified incapacity,
- (b) the person before whom the statutory declaration was sworn, and
- (c) the employees of any institution being proposed as payee.

We, the undersigned, are aware of the facts set out in this statement and recommend that \_\_\_\_\_  
(Full name of proposed payee)

is the person or institution to control the benefits payable to \_\_\_\_\_,  
(Full name of recipient)  
, who cannot manage his or her own affairs.

Date \_\_\_\_\_  
(Y M D)

\_\_\_\_\_  
(Signature) (Position Title) (Employer)

\_\_\_\_\_  
(Signature) (Position Title) (Employer)



# Déclaration solennelle

## Application de la Loi sur la pension de la fonction publique

Numéro de pension

Il est nécessaire, pour l'application de la *Loi sur la pension de la fonction publique*, que les renseignements suivants soient fournis. Ils seront conservés dans le fichier de renseignements personnels N° TPSGC PCE 702. Conformément aux dispositions de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, les personnes et organismes non autorisés se verront refuser l'accès à ces renseignements. En vertu de cette loi, vous avez le droit de demander l'accès aux renseignements personnels qui vous concernent et dont une institution fédérale est dépositaire. Vous pouvez aussi demander qu'ils soient corrigés, si jamais vous estimez qu'ils contiennent des erreurs ou des omissions. Les renseignements que vous donnez au sujet d'une autre personne peuvent lui être communiqués, selon les dispositions de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*.

Le présent formulaire doit être utilisé lorsque personne n'est autorisé par la loi à agir en qualité de curateur d'un prestataire qui est incapable ou empêché de gérer ses propres affaires. Remplissez le formulaire en deux exemplaires; envoyez l'original à l'adresse ci-dessous et conservez l'autre pour vos dossiers.

Si le prestataire a un curateur légal, veuillez envoyer une copie certifiée de l'ordonnance de la cour ou de tout autre document qui nomme ce curateur, au : **Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, Centre des pensions de la fonction publique - Service du courrier 150 Boul Dion CP 8000, Matane QC G4W 4T6.**

Je, \_\_\_\_\_, domicilié au \_\_\_\_\_  
(Nom au complet du déclarant) (Numéro et rue) (Ville, cité ou village)  
\_\_\_\_\_ déclare solennellement ce qui suit :  
(Province) (Code postal) (Numéro de téléphone)

1. Je suis \* \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ et je sais que \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ reçoit des prestations en vertu de la Loi sur la pension de la fonction publique.  
(Nom au complet du prestataire)

- \* i) Mère, père, soeur, frère, conjoint, fille, fils, etc.; s'il ne s'agit pas d'un membre de la famille immédiate, expliquez sur une feuille distincte.
- ii) Si le destinataire proposé est un établissement, inscrivez le titre de votre poste et le nom de l'établissement.

2. Je sais que le prestataire n'est pas en mesure de gérer ses propres affaires pour les raisons énoncées dans le certificat du  
Dr. \_\_\_\_\_, qui constitue la pièce « A » de la présente déclaration.

3. Personne n'est autorisé par la loi à faire fonction de curateur du prestataire.

4. Si les sommes d'argent payables au prestataire me sont versées, je m'engage :

- (a) à les gérer pour le soin du prestataire et des personnes à sa charge, durant la période pendant laquelle il ne sera pas en mesure de gérer ses propres affaires;
- (b) à dégager le gouvernement du Canada de sa responsabilité à l'égard de toute réclamation qu'il pourrait être tenu de payer du fait que les paiements me sont versés à moi plutôt qu'au prestataire;
- (c) à prévenir Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, Centre des pensions de la fonction publique - Service du courrier 150 Boul Dion CP 8000, Matane QC G4W 4T6 :
  - i) si le prestataire redevient en mesure de gérer ses propres affaires,
  - ii) si le prestataire meurt.

5. La pièce « B » de la présente déclaration est une attestation, signée par deux personnes dignes de confiance, témoignant de ma compétence à gérer les sommes d'argent payables au prestataire en vertu de la *Loi sur la pension de la fonction publique*.

Je fais **LA PRÉSENTE DÉCLARATION SOLENNELLE** croyant qu'elle est vraie et sachant qu'elle a le même effet que si elle était faite sous serment.

Déclaré devant moi à \_\_\_\_\_ }  
Ville, cité ou village  
dans la province \_\_\_\_\_ }  
le \_\_\_\_\_ }  
Date (A M J) Signature du déclarant ou de la déclarante

Signature de la personne autorisée à recevoir des déclarations solennelles. (Précisez s'il s'agit d'un juge de paix, d'un avocat ou d'un commissaire à l'assermentation (veuillez indiquer la date d'expiration de son mandat), etc. et estampillez ou apposez votre sceau)

Signature de la personne autorisée \_\_\_\_\_ Date d'expiration \_\_\_\_\_  
(A M J)



**PIÈCE « A » - CERTIFICAT DU MÉDECIN**

Je, \_\_\_\_\_, médecin qualifié, domicilié à \_\_\_\_\_  
 (Nom du médecin) (Ville, cité ou village)

dans la province \_\_\_\_\_ déclare que \_\_\_\_\_  
 (Nom au complet du prestataire)

est incapable ou empêché de gérer ses propres affaires pour les raisons suivantes :

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_  
 (A M J)

**PIÈCE « B » - ATTESTATION DE PERSONNES DIGNES DE CONFIANCE**

« L'Attestation de personnes dignes de confiance » doit être remplie par deux personnes qui n'ont aucun lien de parenté avec le prestataire, ni avec le destinataire proposé, et qui n'ont pas non plus d'intérêt financier à la nomination proposée. Les personnes suivantes devraient être exclues :

- (a) le médecin qui a certifié l'incapacité du prestataire,
- (b) la personne devant laquelle la déclaration solennelle a été assermentée,
- (c) les employés de tout établissement proposé comme destinataire.

Nous soussignés sommes au courant des faits énoncés dans la déclaration ci-dessous et recommandons \_\_\_\_\_  
 (Nom au complet du destinataire proposé)

comme personne ou établissement compétent à contrôler les prestations payables à \_\_\_\_\_,  
 (Nom au complet du prestataire)

qui n'est pas en mesure de gérer ses propres affaires.

Date \_\_\_\_\_  
 (A M J)

\_\_\_\_\_  
 (Signature) (Titre du poste) (Employeur)

\_\_\_\_\_  
 (Signature) (Titre du poste) (Employeur)