

**LE FONDS DE RETRAITE (1969) DES ASSEMBLÉES DE LA PENTECÔTE DU CANADA**  
 2450 Milltower Court, Mississauga, ON L5N 5Z6  
 Téléphone : 905-542-7400 Sans frais : 1-866-877-8481 Télécopieur : 905-542-7313  
[www.paocpension.org](http://www.paocpension.org)

### FORMULAIRE CONFIDENTIEL DE DEMANDE

- a) Les personnes qui ne sont pas titulaires d'une accréditation des APDC doivent fournir la preuve de leur appartenance à une église des APDC.  
 b) Conditions d'admission pour un employé à temps partiel : avoir accompli deux années ininterrompues de service et gagner au moins 35 % du MGAP, ou avoir travaillé au moins 700 heures.

**Veillez écrire lisiblement et en lettres moulées**

**Date d'aujourd'hui :** \_\_\_\_\_ **Nom du demandeur :** \_\_\_\_\_  
 Jour Mois Année Nom Prénom

**Date de naissance :** \_\_\_\_\_ **N.A.S. :** \_\_\_\_\_  
 Jour Mois Année

**Adresse actuelle :** Rue : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_  
 Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

**Nom du bénéficiaire :** \_\_\_\_\_ **N.A.S. :** \_\_\_\_\_  
 Nom Prénom

**Lien :** \_\_\_\_\_ S'il s'agit du conjoint/de la conjointe, veuillez fournir les renseignements suivants :  
 (Doit être le/la conjoint(e) si vous êtes marié)

**Date de naissance :** \_\_\_\_\_ **Date du mariage :** \_\_\_\_\_  
 Jour Mois Année Jour Mois Année

**Signature du demandeur :** \_\_\_\_\_ (Doit être signé)  
 Veuillez indiquer le taux de cotisation (%) : \_\_\_\_\_

#### **SECTION À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR**

**Nom de l'employeur :** \_\_\_\_\_ **Date d'embauche :** \_\_\_\_\_  
 Jour Mois Année

**Dates où les contributions ont commencé à être déduites de la paie :** \_\_\_\_\_  
 Jour Mois Année

**Il est entendu que l'employeur doit verser une contribution équivalente à celle de l'employé dans la limite des paramètres requis.**

**Signature de l'employeur :** \_\_\_\_\_  
 (Doit être signé) - Président du Comité d'administration de l'église OU secrétaire  
 OU trésorier du Comité Nom en lettres moulées

**Entente avec l'employeur participant** - Également requise avec cette demande, si elle n'a pas déjà été envoyée au Fonds de retraite.