

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

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.