

As of 2020-04-01, this is the most current version available. It is current for the period set out in the footer below. It is the first version and has not been amended.

Le texte figurant ci-dessous constitue la codification la plus récente en date du 2020-04-01. Son contenu était à jour pendant la période indiquée en bas de page. Il s'agit de la première version; elle n'a fait l'objet d'aucune modification.

THE TEACHERS' PENSIONS ACT
(C.C.S.M. c. T20)

Teachers' Pensions Regulation

Regulation 86/2002
Registered June 11, 2002

Definitions

1(1) In this regulation,

"**Act**" means *The Teachers' Pensions Act*; (« *Loi* »)

"**member**" means a member of the board;
(« *membre* »)

"**written notice**" means notice delivered by mail, courier, fax or e-mail. (« *avis écrit* »)

References to forms

1(2) A reference in this regulation to a form is a reference to the form as set out in the Schedule.

Board meetings

2(1) The board must meet on the third Monday of each month, except July, and August, unless

(a) the meeting is arranged for another day at the request of members; or

(b) a quorum is not available.

LOI SUR LA PENSION DE RETRAITE DES
ENSEIGNANTS
(c. T20 de la C.P.L.M.)

**Règlement sur la pension de retraite des
enseignants**

Règlement 86/2002
Date d'enregistrement : le 11 juin 2002

Définitions

1(1) Les définitions qui suivent s'appliquent au présent règlement.

« **avis écrit** » Avis délivré par la poste, par messagerie, par télécopieur ou par courrier électronique. ("*written notice*")

« **Loi** » La *Loi sur la pension de retraite des enseignants*. ("*Act*")

« **membre** » Membre de la Commission. ("*member*")

Mention des formules

1(2) Dans le présent règlement, toute mention d'une formule vaut mention de la formule prévue à l'annexe.

Réunions de la Commission

2(1) Sauf en juillet et en août, la Commission tient une réunion le troisième lundi de chaque mois, à moins que, selon cas :

a) une autre date n'ait été fixée, à la demande des membres;

b) il n'y ait pas quorum.

2(2) Each member must be given at least four days written notice of a regular meeting of the board.

2(3) A special meeting of the board may be called by the chair or at the request of any two members. Each member must be given at least one week's written notice of the meeting.

2(4) Meetings of the board shall be chaired

(a) by the chair of the board;

(b) if the chair is absent, by the vice-chair; or

(c) if both the chair and the vice-chair are absent from a meeting at which a quorum is present, by another member appointed by those present at the meeting.

2(5) The chair of a board meeting may allow any matter to be brought before the board by motion of a member.

Proof of age

3(1) Every individual who applies for a benefit under the Act must provide proof of his or her age to the board.

3(2) The requirement to provide proof of age may be satisfied by providing a document certified by a notary public, commissioner of oaths, minister of religion, postmaster, bank manager or an employee of the board to be a true copy of the applicant's

(a) birth certificate;

(b) baptismal certificate showing his or her date of birth; or

(c) citizenship papers.

2(2) Les membres reçoivent un avis écrit d'une réunion ordinaire de la Commission au moins quatre jours avant la date prévue pour la tenue de celle-ci.

2(3) Le président ou deux membres peuvent convoquer une réunion extraordinaire de la Commission. Chaque membre reçoit alors un avis écrit de la réunion au moins une semaine avant la date prévue pour la tenue de celle-ci.

2(4) Les réunions de la Commission sont présidées :

a) par le président de la Commission;

b) par le vice-président, en cas d'absence du président;

c) par un autre membre que nomment les membres présents à la réunion, si le président et le vice-président sont absents et s'il y a quorum.

2(5) La personne qui préside une réunion de la Commission peut permettre qu'une question soit présentée à celle-ci, sur motion d'un membre.

Preuve d'âge

3(1) Tout particulier qui demande une prestation en vertu de la *Loi* fournit à la Commission une preuve de son âge.

3(2) La preuve d'âge peut être fournie au moyen d'une copie d'un des documents suivants qui est certifiée conforme par un notaire, un commissaire à l'assermentation, un ministre du culte, un maître de poste, un directeur de banque ou un employé de la Commission :

a) certificat de naissance;

b) baptistère indiquant la date de naissance de l'enseignant;

c) documents de citoyenneté.

3(3) If the applicant is unable to provide a certified copy referred to in subsection (2), the board may accept as proof of the applicant's age

- (a) a statutory declaration, on Form 1, by a person familiar with the applicant; or
- (b) any other proof satisfactory to the board.

Applications and forms

4(1) A person applying for an annuity under section 37 of the Act must complete Form 2 and provide it to the board.

4(2) A person applying for a refund of contributions must complete Form 3 and provide it to the board.

4(3) A person applying for a refund of a deceased contributor's contribution must provide to the board

- (a) an application on Form 4; and
- (b) any further evidence required to satisfy the board that the applicant is entitled to the refund.

4(4) A person applying for a pension under the Act must complete Form 5 and provide it to the board.

4(5) A person applying for a disability allowance must provide to the board

- (a) an application on Form 5A;
- (b) a medical certificate on Form 6; and
- (c) any further information required by the board, which may include information from former employers on Form 7.

3(3) Si le requérant ne peut fournir la copie certifiée conforme visée au paragraphe (2), la Commission peut accepter à titre de preuve :

- a) une déclaration solennelle rédigée selon la formule 1 par une personne qui connaît le requérant;
- b) toute autre preuve qu'elle juge satisfaisante.

Demandes et formules

4(1) La personne qui demande le versement d'une rente en vertu de l'article 37 de la *Loi* remplit la formule 2 et la remet à la Commission.

4(2) La personne qui demande un remboursement des cotisations remplit la formule 3 et la remet à la Commission.

4(3) La personne qui demande un remboursement des cotisations qu'une personne décédée a versées à la caisse fournit à la Commission :

- a) une demande rédigée selon la formule 4;
- b) toute autre preuve permettant à celle-ci de conclure que le requérant a droit au remboursement.

4(4) La personne qui demande une pension en vertu de la *Loi* remplit la formule 5 et la remet à la Commission.

4(5) La personne qui demande une prestation d'invalidité fournit à la Commission :

- a) une demande rédigée selon la formule 5A;
- b) un certificat médical rédigé selon la formule 6;
- c) tout autre renseignement qu'exige celle-ci, notamment les renseignements que les ex-employeurs lui communiquent au moyen de la formule 7.

Retroactive payments

5 The board may order a pension, a disability allowance or an annuity to be paid retroactively to a day specified in the order.

Transfers under reciprocal transfer agreements

6(1) The amounts to be paid or recovered under an agreement made under subsection 41(12) or (14) of the Act must be calculated and paid or recovered in accordance with the agreement.

6(2) If the amount received in respect of a teacher under a reciprocal transfer agreement is less than the amount required by the board, service shall be credited in accordance with the agreement, and the teacher may elect to pay the difference to the fund.

6(3) The following amounts must be credited to Account A:

- (a) $\frac{1}{2}$ of each amount received by the fund under a reciprocal transfer agreement;
- (b) $\frac{1}{2}$ of each amount received by the fund from a teacher under subsection (2);
- (c) each amount received by the fund under subsection 38(1) or (2) or 41(15) of the Act.

6(4) The following amounts must be charged to Account A:

- (a) each amount paid out of the fund under a reciprocal transfer agreement as a result of a transfer made possible by subsection 38(1) or (2);
- (b) $\frac{1}{2}$ of each other amount paid by the fund under a reciprocal transfer agreement.

6(5) If an amount charged to Account A as a result of a reciprocal transfer is less than the amount that would otherwise have been refundable to the teacher, the board may refund the difference to the teacher.

Paiements rétroactifs

5 La Commission peut ordonner qu'une pension, une prestation d'invalidité ou une rente soit versée de façon rétroactive, à compter d'une date indiquée dans l'ordonnance.

Accords de transfert réciproque

6(1) Les sommes qui doivent être payées ou recouvrées conformément à un accord conclu en vertu du paragraphe 41(12) ou (14) de la *Loi* sont calculées et payées ou recouvrées conformément à l'accord.

6(2) Si la somme reçue à l'égard d'un enseignant en vertu d'un accord de transfert réciproque est inférieure à la somme qu'exige la Commission, le service est validé conformément à l'accord et l'enseignant peut choisir de verser la différence à la caisse.

6(3) Les sommes suivantes sont portées au crédit du compte A :

- a) la moitié de chaque somme que la caisse a reçue en vertu d'un accord de transfert réciproque;
- b) la moitié de chaque somme que la caisse a reçue d'un enseignant en vertu du paragraphe (2);
- c) chaque somme que la caisse a reçue en vertu du paragraphe 38(1) ou (2) ou 41(15) de la *Loi*.

6(4) Les sommes suivantes sont portées au débit du compte A :

- a) chaque somme payée sur la caisse en vertu d'un accord de transfert réciproque à la suite d'un transfert rendu possible par l'application du paragraphe 38(1) ou (2);
- b) la moitié de toute autre somme versée par la caisse en vertu d'un accord de transfert réciproque.

6(5) Si une somme portée au débit du compte A à la suite d'un transfert réciproque est inférieure à la somme qui aurait par ailleurs été remboursable à l'enseignant, la Commission peut verser la différence à cet enseignant.

6(6) The following amounts must be credited to Account B:

- (a) ½ of each amount received by the fund under a reciprocal transfer agreement;
- (b) ½ of each amount received from a teacher under subsection (2).

6(7) Half of each amount paid by the fund under a reciprocal transfer agreement must be charged to Account B. But if an amount is paid by the fund under a reciprocal transfer agreement in respect of a teacher's service that accrued while he or she was employed by The Manitoba Teachers' Society or The Manitoba Association of School Trustees, the board must charge that amount to the employer and may recover it by charging it to the account held by the board for the purpose of funding the employer's liability in respect of that service.

Repeal

7 The *Teachers' Retirement Allowances Fund Board Regulation*, Manitoba Regulation 541/88, is repealed.

April 15, 2002

THE TEACHERS'
RETIREMENT
ALLOWANCES FUND
BOARD:

Alfred Black
Chairperson

6(6) Les sommes suivantes sont portées au crédit du compte B :

- a) la moitié de chaque somme que la caisse a reçue en vertu d'un accord de transfert réciproque;
- b) la moitié de chaque somme qu'un enseignant a versée à la caisse en vertu du paragraphe (2).

6(7) La moitié de chaque somme que la caisse a versée en vertu d'un accord de transfert réciproque est portée au débit du compte B. Toutefois, si la caisse verse une somme en vertu de l'accord à l'égard du service qu'un enseignant a accumulé pendant qu'il était employé par l'Association des enseignants du Manitoba ou par l'Association des commissaires d'écoles du Manitoba, la Commission fait payer cette somme à l'employeur et peut la recouvrer en la portant au débit du compte qu'elle possède afin d'acquitter les cotisations de l'employeur à l'égard de ce service.

Abrogation

7 Est abrogé le *Règlement sur la Commission d'administration de la Caisse de retraite des enseignants*, R.M. 541/88.

Le 15 avril 2002

POUR LA COMMISSION
D'ADMINISTRATION DE
LA CAISSE DE
RETRAITE DES
ENSEIGNANTS,

Alfred Black,
président

SCHEDULE

Form 1

PROOF OF AGE

The Teachers' Pensions Act

This Declaration is required only if a certified copy of a birth certificate, or of a certificate of baptism or citizenship that shows the date of birth, of the individual whose proof of age is required cannot be obtained.

This Declaration should be completed by a parent of the individual or, if no parent can make the declaration, by an older brother or sister of the individual. The parent, or older brother or sister, must complete paragraphs (1) and (2) and strike out paragraph (3).

If no parent or older brother or sister can make the Declaration, it may be made by another person who is able to declare the facts in paragraphs (1) and (3). Paragraph (3) requires the existence of a family record that contains an entry of the date of birth in the handwriting of one of the parents made near the date of birth and requires the person to recognize the handwriting.

I, _____ of _____ ,
(name of declarant) (address in full)

_____ and being of the full age of eighteen years, DO SOLEMNLY DECLARE THAT:
(occupation)

(1) I have known _____ of _____ ,
(address in full)
_____, for the past _____ years.
(occupation)

(2) I know that [he/she] was born at _____
(birth address: city, province/state, country)
on _____. I know this because I am [his/her] _____.
(date of birth) (father, mother or older brother or sister)

(3) I have examined the Family Record contained in _____ which includes
the following entry: _____. I know this entry to be
(copy of handwritten entry)
in the handwriting of _____, the individual's [father/mother].

I make this Declaration conscientiously believing it to be true and knowing that it is of the same force and effect as if made under oath.

Declared and subscribed before me at)
_____, _____)
this ____ day of _____, _____)
_____)
(signature)
_____)
(Notary Public, Commissioner for Oaths, etc.)

(Declarant)

This Declaration must be made before a Notary Public, Justice of the Peace, or Commissioner authorized to administer an oath. Strike out words that do not apply.

Form 2

APPLICATION FOR ANNUITY
The Teachers' Pensions Act

Before you start make sure you have:

1. Reviewed and referred to your Annuity Estimate Sheet.
2. Read "Six Steps to Retirement — Your Guide to the T.R.A.F. Pension Plan".
3. Read and evaluated all the plan descriptions.

Personal

| | | |
|-------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| | Social Ins. No. | Birth date (d-m-y) |
| <input type="checkbox"/> Miss | <input type="checkbox"/> Mrs. | <input type="checkbox"/> Ms. |
| <input type="checkbox"/> Mr. | <input type="checkbox"/> _____ | |
| | Name: Last | First |
| | | Middle |
| | Address: Street | City |
| | | Province |
| | Postal Code | () - |
| | | Phone: Residence |
| | | Phone: Business |

Marital Status

- | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> married | <input type="checkbox"/> common-law | <input type="checkbox"/> separated |
| <input type="checkbox"/> single | <input type="checkbox"/> divorced | <input type="checkbox"/> widowed |

Spouse/Common-law partner information:

| | | |
|------------|-------|--------|
| Name: Last | First | Middle |
|------------|-------|--------|

| | |
|-----------------|--------------------|
| Social Ins. No. | Birth date (d-m-y) |
|-----------------|--------------------|

What day did the marriage/common-law relationship begin? _____

Were you involved in one or more marriage or common-law relationship breakups after 1983? yes no. If yes, list dates when those relationships began and ended:

Employment

| | |
|----------------------------------|------------------------------|
| Name of current or last employer | Date teaching contract ended |
|----------------------------------|------------------------------|

Form 2 (continued)

| | | | |
|--|---|--|---|
| <p>Plan Options</p> <p>Refer to the "Six Steps to Retirement" guide for descriptions.</p> | <p>If single:</p> <p><input type="checkbox"/> Plan A — Ordinary Life</p> <p><input type="checkbox"/> Plan B — 10 Year Guarantee</p> | <p>If married or common-law partner:</p> <p><input type="checkbox"/> Plan A — Ordinary Life</p> <p><input type="checkbox"/> Plan B — 10 Year Guarantee</p> <p><input type="checkbox"/> Plan C — Full to Last Survivor</p> <p><input type="checkbox"/> Plan D — 2/3 to Last Survivor</p> <p><input type="checkbox"/> Plan E — 1/2 to Last Survivor</p> <p><input type="checkbox"/> Plan F — 1/2 to Beneficiary</p> <p><input type="checkbox"/> Plan G — 2/3 to Beneficiary</p> <p><input type="checkbox"/> Plan H — Optional plan approved by the board</p> | |
| <p>Beneficiary Information:</p> | <p>_____</p> <p>Name: Last</p> | <p>_____</p> <p>First</p> | <p>_____</p> <p>Middle</p> |
| | <p>_____</p> <p>Address: Street</p> | <p>_____</p> <p>City</p> | <p>_____</p> <p>Province</p> |
| | <p>_____</p> <p>Postal Code</p> | <p>(__) __ - _____</p> <p>Phone: Residence</p> | <p>(__) __ - _____</p> <p>Phone: Business</p> |
| | | | <p>_____</p> <p>Relationship</p> |

Spouse/Common-law Partner Authorization

I, _____, the plan member's spouse/common-law partner, sign knowing that

- if I don't complete this section my spouse/common-law partner must select Plan D (2/3 to Last Survivor); and
- we can choose a plan from those listed under Plan Options which may provide more than or less than 2/3 to the last survivor or which may have no survivor benefits at all.

This section must be completed unless the applicant chooses Plan D.

Spouse/Common-law partner to sign in the presence of an independent witness with the plan member not present.

| | |
|---|------|
| Signature of Spouse / Common-law Partner | Date |
| Signature of Witness (other than family member) | Date |

Form 2 (continued)

**Plan Member
Signature**

- I fully understand the Plan Option I have chosen and the effect it will have on my pension upon my death or the death of my beneficiary, if applicable.
- I understand that once my pension starts I am not permitted to change my Plan Option.
- I understand that once my pension starts I am not permitted to change my beneficiary except under Plan A or Plan B.
- I understand that my contract must be terminated before I am eligible to receive my pension.

I declare that, to the best of my knowledge, the information given in this application is true and complete.

Signature of Applicant

Date

Signature of Witness (other than family member)

Date

Form 3

APPLICATION FOR A REFUND OF CONTRIBUTIONS
The Teachers' Pensions Act

Personal

Miss Mrs. Ms.
 Mr. _____

Social Ins. No. _____ Birth date (d-m-y) _____
 Name: Last _____ First _____ Middle _____
 Address: Street _____ City _____ Province _____
 Postal Code _____ Phone: Residence (____) ____-____ Phone: Business (____) ____-____

Employment

I terminated my teaching contract on ____ / ____ / ____
 day month year

I contributed to the Teachers' Retirement Allowances Fund throughout my employment at:

| School Division | Start (d-m-y) | End (d-m-y) |
|-----------------|---------------|-------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Authorization

- I am not currently employed as a teacher, other than as a substitute teacher, by a public school division, district or area, the Manitoba government or any of its agencies, or by a municipality; and
- I will not be employed in such a position within the next 90 days.
- Since 1984, I have not been involved in a marriage/common-law relationship breakup. *(If you were, contact TRAF for more information)*
- I have reviewed my alternatives to a refund with a TRAF Member Service Representative.

Please send my refund cheque to:

- my home address above;
- my RRSP (T2151 form is attached)
- other _____

_____ Member Signature _____ Date

| | | | |
|-----------------|-------|------------|-----------|
| Office use only | Date: | Cheque No: | Initials: |
|-----------------|-------|------------|-----------|

Form 4

APPLICATION FOR DEATH BENEFIT
Subsection 26(3) of *The Teachers' Pensions Act*

I, _____, of _____
(name of declarant) (address in full)

DO SOLEMNLY DECLARE THAT:

- 1. I have personal knowledge of the facts and matters declared by me in this document.
- 2. _____ of _____
(name of deceased) (address of deceased)
died on _____, _____.
- 3. The deceased designated no other person as beneficiary of his or her interest in the Teachers' Retirement Allowances Fund.
- 4. I am the person designated by the deceased in his or her will or other document.
 the surviving [spouse/common-law partner] of the deceased.
 [the legal guardian or representative of] an eligible survivor (as defined in *The Teachers' Pensions Act*) of the deceased. (*State the names and ages of all eligible survivors*)

 the legal representative of the deceased.
- 5. The deceased
 did not leave a will
 did leave a will (A copy of the [Will / Probate / Letters of Administration] is enclosed).
- 6. I make this declaration for the purpose of enabling the Teachers' Retirement Allowances Fund to disburse the benefit payable under subsection 26(3) of *The Teachers' Pensions Act*.

I make this declaration conscientiously believing it to be true and knowing that it is of the same force and effect as if made under oath.

Declared and subscribed before me at)
 _____)
 this _____ day of _____, _____)
 _____)
 (signature) (Declarant)
 _____)
 (Notary Public, Commissioner for Oaths, etc.)

This Declaration must be made before a Notary Public, Justice of the Peace, or Commissioner authorized to administer an oath. Strike out words that do not apply.

Form 5

PENSION APPLICATION
The Teachers' Pensions Act

Before you start make sure you have:

1. Reviewed and referred to your Pension Estimate Sheet.
2. Read "Six Steps to Retirement — Your Guide to the T.R.A.F. Pension Plan".
3. Read and evaluated all plan descriptions.

Personal

| | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|--|---|
| | Social Ins. No. | Birth date (d-m-y) | |
| <input type="checkbox"/> Miss | <input type="checkbox"/> Mrs. | <input type="checkbox"/> Ms. | |
| <input type="checkbox"/> Mr. | <input type="checkbox"/> _____ | Name: Last | First |
| | | Middle | |
| | Address: Street | City | Province |
| | Postal Code | (____) ____ - ____ Phone: Residence | (____) ____ - ____ Phone: Business |

Marital Status

| | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> married | <input type="checkbox"/> common-law | <input type="checkbox"/> separated |
| <input type="checkbox"/> single | <input type="checkbox"/> divorced | <input type="checkbox"/> widowed |

Spouse/Common-law partner information:

| | | | |
|--|-----------------|--------------------|--------|
| | Name: Last | First | Middle |
| | Social Ins. No. | Birth date (d-m-y) | |

What day did the marriage/common-law relationship begin? _____

Were you involved in one or more marriage or common-law relationship breakups after 1983? yes no. If yes, list dates when those relationships began and ended:

Employment

| | |
|----------------------------------|------------------------------|
| Name of current or last employer | Date teaching contract ended |
|----------------------------------|------------------------------|

Form 5 (continued)

| | | | |
|--|---|--|---|
| <p>Plan Options</p> <p>Refer to the "Six Steps to Retirement" guide for descriptions.</p> | <p>If single:</p> <p><input type="checkbox"/> Plan A — Ordinary Life</p> <p><input type="checkbox"/> Plan B — 10 Year Guarantee</p> | <p>If married or common-law partner:</p> <p><input type="checkbox"/> Plan A — Ordinary Life</p> <p><input type="checkbox"/> Plan B — 10 Year Guarantee</p> <p><input type="checkbox"/> Plan C — Full to Last Survivor</p> <p><input type="checkbox"/> Plan D — 2/3 to Last Survivor</p> <p><input type="checkbox"/> Plan E — 1/2 to Last Survivor</p> <p><input type="checkbox"/> Plan F — 1/2 to Beneficiary</p> <p><input type="checkbox"/> Plan G — 2/3 to Beneficiary</p> <p><input type="checkbox"/> Plan H — Optional plan approved by the board</p> | |
| <p>Beneficiary Information:</p> | <p>_____ Name: Last</p> <p>_____ Street</p> <p>_____ Postal Code</p> | <p>_____ First</p> <p>_____ City</p> <p>(__) ____ - ____ Phone: Residence</p> | <p>_____ Middle</p> <p>_____ Province</p> <p>(__) ____ - ____ Phone: Business</p> <p>_____ Relationship</p> |

Integration

Integrate my pension: no yes with

CPP and OAS CPP only OAS only

Plan D members only, choose joint life integration single life integration

Spouse/Common-law Partner Authorization

I, _____, the plan member's spouse/common-law partner, sign knowing that

- if I don't complete this section my spouse/common-law partner must select Plan D (2/3 to Last Survivor); and
- we can choose a plan from those listed under Plan Options which may provide more than or less than 2/3 to the last survivor or which may have no survivor benefits at all.

This section must be completed unless the applicant chooses Plan D and no integration.

Spouse/Common-law partner to sign in the presence of an independent witness with the plan member not present.

| | |
|--|---------------|
| _____ Signature of Spouse / Common-law Partner | _____ Date |
| _____ Signature of Witness (other than family member) | _____ Date |

Form 5 (continued)

**Plan Member
Signature**

- I fully understand the Plan Option I have chosen and the effect it will have on my pension upon my death or the death of my beneficiary, if applicable.
- I understand that once my pension starts I am not permitted to change my Plan Option.
- I understand that once my pension starts I am not permitted to change my beneficiary except under Plan A or Plan B.
- I understand that my contract must be terminated before I am eligible to receive my pension.
- I understand that if I return to teach within 90 days of retirement (excluding substitute teaching), my pension will be cancelled and I am required to repay any pension payments I received. I am also required to recommence contributions to TRAF.
- I understand that if I am employed as a teacher for more than 120 days in a school year (including substitute teaching), my pension will be suspended on the 121st day and I am required to contribute to TRAF. The Act requires that I notify my employer if I am in receipt of pension and of the total days worked in a school year.

I declare that, to the best of my knowledge, the information given in this application is true and complete.

Signature of Applicant

Date

Signature of Witness (other than family member)

Date

Form 5A

DISABILITY ALLOWANCE APPLICATION

The Teachers' Pensions Act

Before you start make sure you have:

1. Reviewed and referred to your Pension Estimate Sheet.
2. Read "Six Steps to Retirement — Your Guide to the T.R.A.F. Pension Plan".
3. Read and evaluated all plan descriptions.

Personal

| | | |
|---|----------------------|----------------------|
| | Social Ins. No. | Birth date (d-m-y) |
| <input type="checkbox"/> Miss <input type="checkbox"/> Mrs. <input type="checkbox"/> Ms. <input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> _____ | Name: Last | First |
| | Address: Street | City |
| | Postal Code | Province |
| | () _____ - _____ | () _____ - _____ |
| | Phone: Residence | Phone: Business |

Marital Status

- | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> married | <input type="checkbox"/> common-law | <input type="checkbox"/> separated |
| <input type="checkbox"/> single | <input type="checkbox"/> divorced | <input type="checkbox"/> widowed |

Spouse/Common-law partner information:

| | | | |
|--|-----------------|--------------------|--------|
| | Name: Last | First | Middle |
| | Social Ins. No. | Birth date (d-m-y) | |

What day did the marriage/common-law relationship begin? _____

Were you involved in one or more marriage or common-law relationship breakups after 1983? yes no. If yes, list dates when those relationships began and ended:

Employment

| | |
|----------------------------------|------------------------------|
| Name of current or last employer | Date teaching contract ended |
|----------------------------------|------------------------------|

Form 5A (continued)

| | | | |
|--|---|--|---|
| <p>Plan Options</p> <p>Refer to the "Six Steps to Retirement" guide for descriptions.</p> | <p>If single:</p> <p><input type="checkbox"/> Plan A — Ordinary Life</p> <p><input type="checkbox"/> Plan B — 10 Year Guarantee</p> | <p>If married or common-law partner:</p> <p><input type="checkbox"/> Plan A — Ordinary Life</p> <p><input type="checkbox"/> Plan B — 10 Year Guarantee</p> <p><input type="checkbox"/> Plan C — Full to Last Survivor</p> <p><input type="checkbox"/> Plan D — 2/3 to Last Survivor</p> <p><input type="checkbox"/> Plan E — 1/2 to Last Survivor</p> <p><input type="checkbox"/> Plan F — 1/2 to Beneficiary</p> <p><input type="checkbox"/> Plan G — 2/3 to Beneficiary</p> <p><input type="checkbox"/> Plan H — Optional plan approved by the board</p> | |
| | <p>Beneficiary Information:</p> | | |
| | Name: Last _____ | First _____ | Middle _____ |
| | Street _____ | City _____ | Province _____ |
| | Postal Code (____) ____-____ | Phone: Residence (____) ____-____ | Phone: Business (____) ____-____ Relationship _____ |

Integration

Integrate my pension: no yes with CPP and OAS CPP only OAS only

Plan D members only, choose joint life integration single life integration

Spouse/Common-law Partner Authorization

I, _____, the plan member's spouse/common-law partner, sign knowing that

- if I don't complete this section my spouse/common-law partner must select Plan D (2/3 to Last Survivor); and
- we can choose a plan which may provide more than or less than 2/3 to the last survivor or which may have no survivor benefits at all.

This section must be completed unless the applicant chooses Plan D and no integration.

Spouse/Common-law partner to sign in the presence of an independent witness with the plan member not present.

| | |
|---|-------|
| _____ | _____ |
| Signature of Spouse / Common-law Partner | Date |
| _____ | _____ |
| Signature of Witness (other than family member) | Date |

Form 5A (continued)

Plan Member Signature

- I fully understand the Plan Option I have chosen and the effect it will have on my pension upon my death or the death of my beneficiary, if applicable.
- I understand that once my pension starts I am not permitted to change my Plan Option.
- I understand that once my pension starts I am not permitted to change my beneficiary except under Plan A or Plan B.
- I understand that my contract must be terminated before I am eligible to receive my pension.

I declare that, to the best of my knowledge, the information given in this application is true and complete.

Signature of Applicant

Date

Signature of Witness (other than family member)

Date

Form 6

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT OF DISABILITY
The Teachers' Pensions Act

Name _____ Date of Birth or Age _____

Present Address No. Street City

(If space for any answer is insufficient use section 9 on reverse side)

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|--|------------------------------|--|----|-----------------------------|------------------------------|------|----|
| <p>1. HISTORY (a) When did illness begin, or injury occur? (b) On what date did teacher have to cease work? (c) Is there a previous history of this illness?</p> | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Month</td> <td style="width: 33%;">Day</td> <td style="width: 33%;">Year</td> </tr> <tr> <td>Month</td> <td>Day</td> <td>Year</td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (give details) </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <hr/> <hr/> </td> </tr> </table> | Month | Day | Year | Month | Day | Year | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (give details) | | | <hr/> <hr/> | | |
| Month | Day | Year | | | | | | | | | | | |
| Month | Day | Year | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (give details) | | | | | | | | | | | | | |
| <hr/> <hr/> | | | | | | | | | | | | | |
| <p>2. CONDITION CAUSING DISABILITY (a) Subjective symptoms (b) Objective findings (Please give report of X-rays, EKGs or any other special tests) (c) Is or was teacher (house confined? (bed confined? (hospital confined?</p> | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/> Yes</td> <td style="width: 15%;">From</td> <td style="width: 15%;">To</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> <td>From</td> <td>To</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> <td>From</td> <td>To</td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes | From | To | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes | From | To | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes | From | To |
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes | From | To | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes | From | To | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes | From | To | | | | | | | | | | |
| <p>3. DIAGNOSIS</p> | | | | | | | | | | | | | |
| <p>4. TREATMENT (a) Date of first visit (b) Date of last visit (c) Frequency of visits</p> | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Month</td> <td style="width: 33%;">Day</td> <td style="width: 33%;">Year</td> </tr> <tr> <td>Month</td> <td>Day</td> <td>Year</td> </tr> </table> | Month | Day | Year | Month | Day | Year | | | | | | |
| Month | Day | Year | | | | | | | | | | | |
| Month | Day | Year | | | | | | | | | | | |
| <p>5. PROGRESS</p> | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Recovered</td> <td><input type="checkbox"/> Unimproved</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Improved</td> <td><input type="checkbox"/> Retrogressed</td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> Recovered | <input type="checkbox"/> Unimproved | <input type="checkbox"/> Improved | <input type="checkbox"/> Retrogressed | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Recovered | <input type="checkbox"/> Unimproved | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Improved | <input type="checkbox"/> Retrogressed | | | | | | | | | | | | |
| <p>6. DURATION OF TOTAL DISABILITY (a) Is teacher now totally disabled and unable to do any work? (b) Is teacher expected to return to work? (c) If yes, when do you think the teacher will be able to resume any work?</p> | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> Approximate date Month ____ Day ____ Year ____ </td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes | Approximate date Month ____ Day ____ Year ____ | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes | | | | | | | | | | | | |
| Approximate date Month ____ Day ____ Year ____ | | | | | | | | | | | | | |

Form 6 (continued)

| | |
|--|--|
| 7. If disability involves a mental condition, is the teacher competent to manage his or her financial affairs? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes |
|--|--|

8. THIS SECTION APPLIES ONLY IF THE DISABILITY IS DUE TO CARDIAC CONDITION, HEARING DEFICIENCY OR VISUAL IMPAIRMENT.

| | |
|---|--|
| (a) CARDIAC (1) Functional capacity (American Heart Ass'n) Class 1 (No limitation) _____ Class 2 (Slight limitation) _____ Class 3 (Marked limitation) _____ Class 4 (Complete limitation) _____ | |
|---|--|

| | |
|---|--|
| (b) HEARING DEFICIENCY (1) Is teacher totally deaf? (2) If not totally deaf, what was hearing level last observed? (3) Can hearing be improved by treatment, operation or mechanical aids? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (indicate extent) _____ _____ |
|---|--|

| | |
|---|---|
| (c) VISUAL IMPAIRMENT (1) Is teacher totally blind? (2) If not totally blind, what was vision at last observation? (Snellen Notation) With Glasses _____ Without Glasses _____ (3) What is the extent of any gross visual field defect? _____ (4) Can vision be improved by treatment, operation or lenses? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes O.D. O.S. Date O.D. O.S. Date <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (indicate extent) _____ _____ |
|---|---|

9. REMARKS:

Date _____ Signature _____ M.D.
 Address _____

10. OFFICE USE

Form 7

QUESTIONNAIRE TO FORMER EMPLOYER

The Teachers' Pensions Act

The Board has received an application for a disability allowance from _____

who was last employed by The _____ School Division/District No. _____

1. When did you last see the applicant? _____

2. Judging from the applicant's apparent physical and mental condition, do you think that [he/she] is unable to continue in [his/her] present occupation? _____

3. Would you consider the applicant to be totally and permanently disabled? _____

4. Please give brief reasons for your opinion.

The above information is given in confidence and without prejudice.

Date: _____

Employer

Position

ANNEXE

Formule 1**PREUVE D'ÂGE***Loi sur la pension de retraite des enseignants*

La présente déclaration ne doit être remplie que s'il est impossible d'obtenir une copie certifiée conforme du certificat de naissance du particulier dont la preuve de l'âge est exigée ou du certificat de baptême ou de citoyenneté indiquant la date de naissance du particulier.

La présente déclaration devrait être remplie par un des parents du particulier ou, si le parent ne peut faire cette déclaration, par un frère ou une sœur aîné du particulier. Le parent ou le frère ou la sœur aîné doit remplir les paragraphes (1) et (2) et rayer le paragraphe (3).

Si elle ne peut être faite par l'une des personnes mentionnées dans le paragraphe précédent, la présente déclaration peut l'être par une autre personne en mesure de déclarer les faits visés aux paragraphes (1) et (3). Le paragraphe (3) suppose obligatoirement l'existence d'archives familiales qui contiennent une inscription manuscrite de la date de naissance consignée par l'un des parents peu après la naissance. Par ailleurs, la personne doit pouvoir reconnaître l'écriture.

Je soussigné(e), _____,
(nom du [de la] déclarant[e] au complet) (profession)
 de (du) _____, étant âgé(e) de 18 ans révolus,
(adresse au complet)

DÉCLARE SOLENNELLEMENT CE QUI SUIT :

(1) Je connais _____,
(profession)
 de (du) _____, depuis _____ ans.
(adresse au complet)

(2) Je sais qu'il (elle) est né(e) à _____,
(lieu de naissance : ville, province/état, pays)
 le _____. Je suis au courant de ces faits parce que je suis son (sa) _____.
(date de naissance) (père, mère ou frère ou sœur aîné)

(3) J'ai examiné les archives familiales qui se trouvent dans _____ et qui contiennent l'inscription suivante : _____.
(copie de l'inscription manuscrite) Je sais que cette inscription a été écrite à la main par _____, père (mère) du particulier.

Je fais la présente déclaration la croyant vraie en toute conscience et sachant qu'elle a la même valeur et produit les mêmes effets que si elle était faite sous serment.

Déclaration faite devant moi)
 à _____,)
 le _____ 20 _____.)
 _____)
 (Signature) (Déclarant[e])
 _____)
 (Notaire, commissaire à l'assermentation, etc.)

La présente déclaration doit être faite devant un notaire, un juge de paix ou un commissaire autorisé à faire prêter serment. Supprimer les mentions inutiles.

Formule 2**DEMANDE DE RENTE***Loi sur la pension de retraite des enseignants***Avant de remplir la présente formule, veuillez :**

1. examiner votre feuillet estimatif de rente et vous y référer;
2. consulter le guide intitulé *La retraite en six étapes — Votre guide du régime de retraite T.R.A.F.*;
3. examiner tous les régimes facultatifs afin de les évaluer.

Renseignements personnels

| | | | |
|--|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| | Numéro d'assurance sociale | Date de naissance (j-m-a) | |
| <input type="checkbox"/> M ^{lle} <input type="checkbox"/> M ^{me} | | | |
| <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> _____ | Nom | Prénom | Second prénom |
| | Adresse : rue | Ville | Province |
| | Code postal | () - | () - |
| | | N° de téléphone à la maison | N° de téléphone au travail |

État civil

| | | |
|--------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> marié(e) | <input type="checkbox"/> conjoint(e) de fait | <input type="checkbox"/> séparé(e) |
| <input type="checkbox"/> célibataire | <input type="checkbox"/> divorcé(e) | <input type="checkbox"/> veuf (veuve) |

Renseignements sur le (la) conjoint(e) ou le (la) conjoint(e) de fait :

| | | | |
|--|----------------------------|---------------------------|---------------|
| | Nom | Prénom | Second prénom |
| | Numéro d'assurance sociale | Date de naissance (j-m-a) | |

Date du mariage (du début de l'union de fait) : _____

Avez-vous eu une ou plusieurs ruptures de mariage ou d'union de fait après 1983?
 oui non Si oui, veuillez indiquer les dates du début et de la fin des mariages ou des unions de fait :

Emploi

| | |
|--|---|
| Nom de l'employeur actuel ou précédent | Date à laquelle le contrat d'enseignement s'est terminé |
|--|---|

Formule 2 (suite)**Régimes facultatifs**

Veillez consulter le guide
La retraite en six étapes.

Si vous êtes célibataire :
 Régime A — Vie ordinaire
 Régime B — Garantie
 de 10 ans

Si vous êtes marié(e) ou avez un(e) conjoint(e) de
fait :

Régime A — Vie ordinaire
 Régime B — Garantie de 10 ans
 Régime C — Le tout au dernier survivant
 Régime D — 2/3 au dernier survivant
 Régime E — 1/2 au dernier survivant
 Régime F — 1/2 au bénéficiaire
 Régime G — 2/3 au bénéficiaire
 Régime H — Régime facultatif approuvé par la
Commission

Renseignements
relatifs au (à la)
bénéficiaire :

| | | |
|-------------|--------------------------------|-------------------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| Nom | Prénom | Second prénom |
| _____ | _____ | _____ |
| Rue | Ville | Province |
| _____ | () _____ - _____ | () _____ - _____ |
| Code postal | N° de téléphone à la maison | N° de téléphone au travail |
| _____ | _____ | _____ |
| | | Lien de parenté |

**Autorisation du (de la)
conjoint(e) ou du (de la)
conjoint(e) de fait**

La présente partie doit
être remplie sauf si
le (la) requérant(e)
choisit le régime D.

Je soussigné(e), _____, conjoint(e) ou conjoint(e) de
fait du (de la) participant(e) au régime, appose ma signature sachant ce qui suit :

- si je ne remplis pas cette partie, mon (ma) conjoint(e) ou mon (ma) conjoint(e) de fait doit choisir le régime D (2/3 au dernier survivant);
- il est possible de choisir, parmi les régimes facultatifs offerts, un régime prévoyant un paiement de prestations de survivant supérieur ou inférieur au 2/3 au dernier survivant ou ne prévoyant aucune prestation de survivant.

Le (La) conjoint(e) ou
le (la) conjoint(e) de fait
doit signer cette partie en
présence d'un témoin
impartial et sans la
présence du (de la)
participant(e) au régime
de retraite.

| | |
|--|-------|
| _____ | _____ |
| Signature du (de la) conjoint(e) ou du (de la) conjoint(e) de fait | Date |
| _____ | _____ |
| Signature du témoin (personne autre qu'un membre de la famille) | Date |

Formule 2 (suite)**Signature du (de la)
participant(e) au
régime**

- Je comprends pleinement les dispositions du régime facultatif que j'ai choisi ainsi que l'incidence que celui-ci aura sur ma pension à mon décès ou à celui de mon (ma) bénéficiaire, le cas échéant.
- Il m'est interdit de changer de régime facultatif dès que commence le versement de ma pension.
- Sauf sous le régime A ou B, il m'est interdit de changer de bénéficiaire dès que commence le versement de ma pension.
- Mon contrat doit avoir pris fin avant que je sois admissible à une pension.

Je déclare que les renseignements fournis dans la présente demande sont, à ma connaissance, exacts et complets.

Signature du (de la) requérant(e)

Date

Signature du témoin (personne autre qu'un membre de la famille)

Date

Formule 3

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES COTISATIONS
Loi sur la pension de retraite des enseignants

Renseignements personnels

M^{lle} M^{me}
 M. _____

Numéro d'assurance sociale _____ Date de naissance (j-m-a) _____
 Nom _____ Prénom _____ Second prénom _____
 Adresse : rue _____ Ville _____ Province _____
 Code postal _____ (____) _____-____ N° de téléphone à la maison (____) _____-____ N° de téléphone au travail

Emploi

Mon contrat d'enseignement a pris fin le ____ / ____ / ____
 jour mois année

J'ai cotisé à la Caisse de retraite des enseignants pendant mon emploi :

| Division scolaire | Début (j-m-a) | Fin (j-m-a) |
|-------------------|---------------|-------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Autorisation

- Je ne suis pas employé(e) actuellement à titre d'enseignant(e) par une division scolaire publique, un district scolaire ou une région scolaire, par le gouvernement du Manitoba ou un de ses organismes ni par une municipalité, autrement qu'à titre de remplaçant(e).
- Je ne serai pas employé(e) à titre d'enseignant(e) au cours des 90 prochains jours.
- Je n'ai pas eu de rupture de mariage ou d'union de fait depuis 1984. (*Dans le cas contraire, veuillez communiquer avec la Caisse de retraite des enseignants (TRAF) pour obtenir de plus amples renseignements*)
- J'ai examiné les autres solutions qui s'offrent à moi avec un préposé aux services à la clientèle de la Caisse de retraite des enseignants (TRAF).

Le chèque de mon remboursement doit :

être expédié à mon domicile dont l'adresse figure ci-dessus;
 être versé à mon REÉR (est joint aux présentes le formulaire T2151);
 être _____

_____ Signature du (de la) participant(e) _____ Date

| | | | |
|----------------------------|--------|----------------|-------------|
| Réservé à l'administration | Date : | N° de chèque : | Initiales : |
| | _____ | _____ | _____ |

Formule 4**DEMANDE DE PRESTATIONS DE DÉCÈS**Paragraphe 26(3) de la *Loi sur la pension de retraite des enseignants*

Je soussigné(e), _____, de (du) _____,
 (nom du [de la] déclarant(e)) (adresse au complet)

DÉCLARE SOLENNELLEMENT CE QUI SUIT :

1. J'ai une connaissance directe des faits que je déclare dans le présent document.
2. _____, de (du) _____,
 (nom du [de la] défunt(e)) (adresse du [de la] défunt(e))
 est décédé(e) le _____.
3. Le (La) défunt(e) n'a désigné aucune autre personne à titre de bénéficiaire de son intérêt dans la Caisse de retraite des enseignants.
4. Je suis la personne que le (la) défunt(e) a désignée dans son testament ou dans un autre document.
 - le (la) conjoint(e) ou le (la) conjoint(e) de fait survivant(e) du (de la) défunt(e).
 - le tuteur (la tutrice) ou le (la) représentant(e) successoral(e) d'un survivant admissible (au sens de la *Loi sur la pension de retraite des enseignants*) du (de la) défunt(e). (*Indiquez le nom et l'âge de tous les survivants admissibles*)

 - le (la) représentant(e) successoral(e) du (de la) défunt(e).
5. Le (La) défunt(e)
 - n'a pas fait de testament.
 - a fait un testament. (Une copie [du testament] [des lettres d'homologation] [des lettres d'administration] est incluse)
6. Je fais la présente déclaration afin de permettre à la Caisse de retraite des enseignants de verser la prestation payable en vertu du paragraphe 26(3) de la *Loi sur la pension de retraite des enseignants*.

Je fais la présente déclaration la croyant vraie en toute conscience et sachant qu'elle a la même valeur et produit les mêmes effets que si elle était faite sous serment.

Déclaration faite devant moi)
 à _____, _____)
 le _____ 20 _____.)
 _____)
 (Signature) (Déclarant(e))
 _____)
 (Notaire, commissaire à l'assermentation, etc.)

La présente déclaration doit être faite devant un notaire, un juge de paix ou un commissaire autorisé à faire prêter serment. Supprimer les mentions inutiles.

Formule 5**DEMANDE DE PENSION***Loi sur la pension de retraite des enseignants***Avant de remplir la présente formule, veuillez :**

1. examiner votre feuillet estimatif de pension et vous y référer;
2. consulter le guide intitulé *La retraite en six étapes — Votre guide du régime de retraite T.R.A.F.*;
3. examiner tous les régimes facultatifs afin de les évaluer.

Renseignements personnels

| | | | |
|--|----------------------------|--|---|
| | Numéro d'assurance sociale | Date de naissance (j-m-a) | |
| <input type="checkbox"/> M ^{lle} <input type="checkbox"/> M ^{me} | | | |
| <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> _____ | Nom | Prénom | Second prénom |
| | Adresse : rue | Ville | Province |
| | Code postal | () - N° de téléphone à la maison | () - N° de téléphone au travail |

État civil

- | | | |
|--------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> marié(e) | <input type="checkbox"/> conjoint(e) de fait | <input type="checkbox"/> séparé(e) |
| <input type="checkbox"/> célibataire | <input type="checkbox"/> divorcé(e) | <input type="checkbox"/> veuf (veuve) |

Renseignements sur le (la) conjoint(e) ou le (la) conjoint(e) de fait :

| | | | |
|--|----------------------------|---------------------------|---------------|
| | Nom | Prénom | Second prénom |
| | Numéro d'assurance sociale | Date de naissance (j-m-a) | |

Date du mariage (du début de l'union de fait) : _____

Avez-vous eu une ou plusieurs ruptures de mariage ou d'union de fait après 1983?

 oui non Si oui, veuillez indiquer les dates du début et de la fin des mariages ou des unions de fait :**Emploi**

| | |
|--|---|
| Nom de l'employeur actuel ou précédent | Date à laquelle le contrat d'enseignement s'est terminé |
|--|---|

Formule 5 (suite)**Régimes facultatifs**

Veillez consulter le guide
La retraite en six étapes.

Si vous êtes célibataire :
 Régime A — Vie ordinaire
 Régime B — Garantie
 de 10 ans

Si vous êtes marié(e) ou avez un(e) conjoint(e) de
fait :

Régime A — Vie ordinaire
 Régime B — Garantie de 10 ans
 Régime C — Le tout au dernier survivant
 Régime D — 2/3 au dernier survivant
 Régime E — 1/2 au dernier survivant
 Régime F — 1/2 au bénéficiaire
 Régime G — 2/3 au bénéficiaire
 Régime H — Régime facultatif approuvé par la
 Commission

Renseignements
relatifs au (à la)
bénéficiaire :

| | | |
|-------------|--------------------------------|-------------------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| Nom | Prénom | Second prénom |
| _____ | _____ | _____ |
| Rue | Ville | Province |
| _____ | () _____ - _____ | () _____ - _____ |
| Code postal | N° de téléphone à la maison | N° de téléphone au travail |
| _____ | _____ | _____ |
| | | Lien de parenté |

Coordination

Coordonnez ma pension : non oui avec
 le RPC et la SV le RPC seulement
 la SV seulement

Choix réservé aux participants au régime D

coordination — pension réversible coordination — une seule tête

**Autorisation du (de la)
conjoint(e) ou du (de la)
conjoint(e) de fait**

La présente partie doit
être remplie sauf si
le (la) requérant(e)
choisit le régime D et ne
demande pas de
coordination.

Je soussigné(e), _____, conjoint(e) ou conjoint(e) de
fait du (de la) participant(e) au régime, appose ma signature sachant ce qui suit :

- si je ne remplis pas cette partie, mon (ma) conjoint(e) ou mon (ma) conjoint(e) de fait doit choisir le régime D (2/3 au dernier survivant);
- il est possible de choisir, parmi les régimes facultatifs offerts, un régime prévoyant un paiement de prestations de survivant supérieur ou inférieur au 2/3 au dernier survivant ou ne prévoyant aucune prestation de survivant.

Le (La) conjoint(e) ou
le (la) conjoint(e) de fait
doit signer cette partie en
présence d'un témoin
impartial et sans la
présence du (de la)
participant(e) au régime
de retraite.

| | |
|--|-------|
| _____ | _____ |
| Signature du (de la) conjoint(e) ou du (de la) conjoint(e) de fait | Date |
| _____ | _____ |
| Signature du témoin (personne autre qu'un membre de la famille) | Date |

Formule 5 (suite)**Signature du (de la)
participant(e) au
régime**

- Je comprends pleinement les dispositions du régime facultatif que j'ai choisi ainsi que l'incidence que celui-ci aura sur ma pension à mon décès ou à celui de mon (ma) bénéficiaire, le cas échéant.
- Il m'est interdit de changer de régime facultatif dès que commence le versement de ma pension.
- Sauf sous le régime A ou B, il m'est interdit de changer de bénéficiaire dès que commence le versement de ma pension.
- Mon contrat doit avoir pris fin avant que je sois admissible à une pension.
- Si je retourne à l'enseignement dans les 90 jours suivant ma retraite (sauf à titre de remplaçant(e)), ma pension sera annulée et je devrai rembourser les paiements que j'aurai reçus. Je devrai aussi recommencer à verser des cotisations à la Caisse de retraite des enseignants (TRAF).
- Si je suis employé(e) à titre d'enseignant(e) pendant plus de 120 journées complètes au cours d'une année scolaire (y compris à titre de remplaçant(e)), le versement de ma pension sera suspendu le 121^e jour et je devrai verser des cotisations à la Caisse de retraite des enseignants (TRAF). La *Loi* exige que j'avise mon employeur du fait que je reçois une pension et du nombre de journées complètes au cours de l'année scolaire où j'ai été employé(e) à titre d'enseignant(e).

Je déclare que les renseignements fournis dans la présente demande sont, à ma connaissance, exacts et complets.

Signature du (de la) requérant(e)

Date

Signature du témoin (personne autre qu'un membre de la famille)

Date

Formule 5A**DEMANDE DE PRESTATIONS D'INVALIDITÉ***Loi sur la pension de retraite des enseignants***Avant de remplir la présente formule, veuillez :**

1. examiner votre feuillet estimatif de pension et vous y référer;
2. consulter le guide intitulé *La retraite en six étapes — Votre guide du régime de retraite T.R.A.F.*;
3. examiner tous les régimes facultatifs afin de les évaluer.

Renseignements**personnels** M^{lle} M^{me} M. __________
Numéro d'assurance sociale_____
Date de naissance
(j-m-a)_____
Nom_____
Prénom_____
Second prénom_____
Adresse : rue_____
Ville_____
Province_____
Code postal() -
N° de téléphone à la
maison() -
N° de téléphone au
travail**État civil** marié(e) conjoint(e) de fait séparé(e) célibataire divorcé(e) veuf (veuve)Renseignements sur
le (la) conjoint(e) ou
le (la) conjoint(e) de fait :_____
Nom_____
Prénom_____
Second prénom_____
Numéro d'assurance sociale_____
Date de naissance
(j-m-a)

Date du mariage (du début de l'union de fait) : _____

Avez-vous eu une ou plusieurs ruptures de mariage ou d'union de fait après 1983?

 oui non Si oui, veuillez indiquer les dates du début et de la fin des mariages ou des unions de fait :**Emploi**_____
Nom de l'employeur actuel ou précédent_____
Date à laquelle le contrat
d'enseignement s'est terminé

Formule 5A (suite)**Régimes facultatifs**

Veillez consulter le guide
La retraite en six étapes.

Si vous êtes célibataire :
 Régime A — Vie ordinaire
 Régime B — Garantie
 de 10 ans

Si vous êtes marié(e) ou avez un(e) conjoint(e) de
fait :

Régime A — Vie ordinaire
 Régime B — Garantie de 10 ans
 Régime C — Le tout au dernier survivant
 Régime D — 2/3 au dernier survivant
 Régime E — 1/2 au dernier survivant
 Régime F — 1/2 au bénéficiaire
 Régime G — 2/3 au bénéficiaire
 Régime H — Régime facultatif approuvé par la
Commission

Renseignements
relatifs au (à la)
bénéficiaire :

| | | |
|-------------|--------------------------------|-------------------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| Nom | Prénom | Second prénom |
| _____ | _____ | _____ |
| Rue | Ville | Province |
| _____ | () _____ | () _____ |
| Code postal | N° de téléphone à la maison | N° de téléphone au travail |
| | | _____ |
| | | Lien de parenté |

Coordination

Coordonnez ma pension : non oui avec
 le RPC et la SV le RPC seulement
 la SV seulement

Choix réservé aux participants au régime D

coordination — pension réversible coordination — une seule tête

**Autorisation du (de la)
conjoint(e) ou du (de la)
conjoint(e) de fait**

La présente partie doit
être remplie sauf si
le (la) requérant(e)
choisit le régime D et ne
demande pas de
coordination.

Le (La) conjoint(e) ou
le (la) conjoint(e) de fait
doit signer cette partie en
présence d'un témoin
impartial et sans la
présence du (de la)
participant(e) au régime
de retraite.

Je soussigné(e), _____, conjoint(e) ou conjoint(e) de
fait du (de la) participant(e) au régime, appose ma signature sachant ce qui suit :

- si je ne remplis pas cette partie, mon (ma) conjoint(e) ou mon (ma) conjoint(e) de fait doit choisir le régime D (2/3 au dernier survivant);
- il est possible de choisir un régime facultatif prévoyant un paiement de prestations de survivant supérieur ou inférieur au 2/3 au dernier survivant ou ne prévoyant aucune prestation de survivant.

Signature du (de la) conjoint(e) ou du (de la) conjoint(e) de fait

Date

Signature du témoin (personne autre qu'un membre de la famille)

Date

Formule 5A (suite)

**Signature du (de la)
participant(e) au
régime**

- Je comprends pleinement les dispositions du régime facultatif que j'ai choisi ainsi que l'incidence que celui-ci aura sur ma pension à mon décès ou à celui de mon (ma) bénéficiaire, le cas échéant.
- Il m'est interdit de changer de régime facultatif dès que commence le versement de ma pension.
- Sauf sous le régime A ou B, il m'est interdit de changer de bénéficiaire dès que commence le versement de ma pension.
- Mon contrat doit avoir pris fin avant que je sois admissible à une pension.

Je déclare que les renseignements fournis dans la présente demande sont, à ma connaissance, exacts et complets.

Signature du (de la) requérant(e)

Date

Signature du témoin (personne autre qu'un membre de la famille)

Date

Formule 6

ATTESTATION D'INVALIDITÉ FOURNIE PAR LE MÉDECIN TRAITANT
Loi sur la pension de retraite des enseignants

Nom _____ Date de naissance ou âge _____

Adresse actuelle _____ N° _____ Rue _____ Ville _____

(Si vous n'avez pas assez d'espace pour répondre à une question, utilisez l'espace prévu à cette fin au verso, au n° 9)

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|---|---|------------------------------|------------------------------|----|---|
| <p>1. ANTÉCÉDENTS</p> <p>a) Quand la maladie a-t-elle commencé ou la blessure est-elle survenue?</p> <p>b) À quelle date l'enseignant a-t-il dû cesser de travailler?</p> <p>c) Existe-t-il des antécédents par rapport à cette maladie?</p> | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Jour</td> <td style="width: 33%;">Mois</td> <td style="width: 33%;">Année</td> </tr> <tr> <td>Jour</td> <td>Mois</td> <td>Année</td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (précisez) _____ </td> </tr> </table> | Jour | Mois | Année | Jour | Mois | Année | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (précisez) _____ | | | | | |
| Jour | Mois | Année | | | | | | | | | | | |
| Jour | Mois | Année | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (précisez) _____ | | | | | | | | | | | | | |
| <p>2. ÉTAT CAUSANT L'INVALIDITÉ</p> <p>a) Symptômes subjectifs</p> <p>b) Conclusions objectives</p> <p>(Veuillez fournir le rapport des radiographies, des électrocardiogrammes ou les résultats d'autres tests spéciaux)</p> <p>c) L'enseignant est-il ou a-t-il été obligé</p> <p>— d'être confiné à son domicile?</p> <p>— d'être alité?</p> <p>— d'être confiné à l'hôpital?</p> | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Non</td> <td><input type="checkbox"/> Oui</td> <td>de</td> <td>à</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Non</td> <td><input type="checkbox"/> Oui</td> <td>de</td> <td>à</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Non</td> <td><input type="checkbox"/> Oui</td> <td>de</td> <td>à</td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | de | à | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | de | à | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | de | à |
| <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | de | à | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | de | à | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | de | à | | | | | | | | | | |
| <p>3. DIAGNOSTIC</p> | | | | | | | | | | | | | |
| <p>4. TRAITEMENT</p> <p>a) Date de la première visite</p> <p>b) Date de la dernière visite</p> <p>c) Fréquence des visites</p> | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Jour</td> <td style="width: 33%;">Mois</td> <td style="width: 33%;">Année</td> </tr> <tr> <td>Jour</td> <td>Mois</td> <td>Année</td> </tr> </table> | Jour | Mois | Année | Jour | Mois | Année | | | | | | |
| Jour | Mois | Année | | | | | | | | | | | |
| Jour | Mois | Année | | | | | | | | | | | |
| <p>5. PROGRÈS</p> | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rétabli</td> <td><input type="checkbox"/> Inchangé</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Amélioré</td> <td><input type="checkbox"/> Détérioré</td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> Rétabli | <input type="checkbox"/> Inchangé | <input type="checkbox"/> Amélioré | <input type="checkbox"/> Détérioré | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Rétabli | <input type="checkbox"/> Inchangé | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Amélioré | <input type="checkbox"/> Détérioré | | | | | | | | | | | | |
| <p>6. DURÉE DE L'INVALIDITÉ TOTALE</p> <p>a) L'enseignant est-il actuellement atteint d'une invalidité totale et incapable d'accomplir quelque travail que ce soit?</p> <p>b) S'attend-on à ce que l'enseignant retourne au travail?</p> <p>c) Si la dernière réponse est affirmative, quand croyez-vous qu'il sera en mesure de reprendre un travail quelconque?</p> | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;"><input type="checkbox"/> Non</td> <td style="width: 40%;"><input type="checkbox"/> Oui</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Non</td> <td><input type="checkbox"/> Oui</td> </tr> <tr> <td>Date approximative</td> <td>Jour ____ Mois ____ Année ____</td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | Date approximative | Jour ____ Mois ____ Année ____ | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | | | | | | | | | | | | |
| Date approximative | Jour ____ Mois ____ Année ____ | | | | | | | | | | | | |

Formule 6 (suite)

| | |
|--|--|
| 7. Si l'invalidité a rapport à son état mental, l'enseignant est-il capable de gérer ses affaires financières? | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
|--|--|

8. LE PRÉSENT ARTICLE S'APPLIQUE UNIQUEMENT SI L'INVALIDITÉ EST IMPUTABLE À DES PROBLÈMES CARDIAQUES, À UNE DÉFICIENCE AUDITIVE OU À UNE DÉFICIENCE VISUELLE.

| | |
|--|--|
| a) PROBLÈMES CARDIAQUES (1) Capacité fonctionnelle (selon l'American Heart Association) Classe 1 (aucune limitation) _____ Classe 2 (légère limitation) _____ Classe 3 (limitation marquée) _____ Classe 4 (limitation complète) _____ | |
|--|--|

| | |
|--|--|
| b) DÉFICIENCE AUDITIVE (1) L'enseignant est-il totalement sourd? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (2) S'il n'est pas totalement sourd, quel était son seuil d'audition lors du dernier examen? _____ (3) Son audition peut-elle être améliorée grâce à un traitement, à une opération ou à des prothèses auditives? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (indiquez dans quelle mesure) _____ _____ | |
|--|--|

| | |
|---|--|
| c) DÉFICIENCE VISUELLE (1) L'enseignant est-il totalement aveugle? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (2) S'il n'est pas totalement aveugle, quelle était sa capacité visuelle lors du dernier examen? (Fraction de Snellen) Avec lunettes O.D. O.L. Date Sans lunettes O.D. O.L. Date (3) Quelle est la gravité de la perte de son champ visuel? _____ (4) Sa vision peut-elle être améliorée grâce à un traitement, à une opération ou à des lentilles? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (indiquez dans quelle mesure) _____ _____ | |
|---|--|

9. REMARQUES :

Date : _____ Signature : _____, m.d.
 Adresse : _____

10. RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Formule 7

QUESTIONNAIRE DESTINÉ À L'EX-EMPLOYEUR

Loi sur la pension de retraite des enseignants

La Commission a reçu une demande de prestations d'invalidité de _____,
dont le dernier employeur était la division scolaire ou le district scolaire de _____
n° _____.

- 1. Quand avez-vous vu le (la) requérant(e) la dernière fois? _____
- 2. D'après son état physique et mental apparents, croyez-vous que le (la) requérant(e) est incapable de continuer à occuper son emploi actuel? _____
- 3. Pensez-vous que le (la) requérant(e) est atteint(e) d'une invalidité totale et permanente? _____
- 4. Motivez brièvement votre opinion.

Les renseignements indiqués ci-dessus sont confidentiels et sont donnés sous toutes réserves.

Date : _____

Employeur

Poste