



**APPLICATION FOR CERTIFICATION OF COVERAGE OF EMPLOYMENT UNDER THE CANADA PENSION PLAN PURSUANT TO ARTICLE V OF THE AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY BETWEEN CANADA AND THE UNITED STATES OF AMERICA**

- FOR USE BY AN EMPLOYER who requires a Certificate of Coverage for a Canadian employee on temporary assignment in the United States. **(Other persons requiring Certificates should apply by letter, giving similar information.)**
- A separate application should be completed for each employee and sent to the Department of National Revenue, Ottawa, Ontario, Canada, K1A 0L5, Attention: CPP/EI Eligibility Division.
- Coverage is normally provided for a maximum of 60 months. Longer terms and extensions resulting in longer terms require the prior concurrence of the Competent Authority of both countries. In such cases a letter should be attached detailing the circumstances.
- It is the responsibility of the employer making this application to withhold and remit the employee's and employer's contributions prescribed under sections 8 & 9, of the Canada Pension Plan Act for each year the coverage is in effect and to file information returns (T4 Supplementaries) in accordance with Part II of the Canada Pension Plan Regulations.

**DEMANDE D'ATTESTATION DE L'ADMISSION D'UN EMPLOI AU RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA EN VERTU DE L'ARTICLE V DE L'ACCORD SUR LA SÉCURITÉ SOCIALE ENTRE LE CANADA ET LES ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE**

- À L'USAGE D'UN EMPLOYEUR qui a besoin d'une attestation de participation pour un employé canadien qui est affecté de façon temporaire aux États-Unis. **(Les autres personnes qui ont besoin d'attestation doivent envoyer leur demande par écrit en fournissant des renseignements semblables.)**
- Une demande distincte doit être remplie pour chaque employé et envoyée au Ministère du Revenu national, Ottawa, Ontario, Canada, K1A 0L5 à l'attention de la Division d'admissibilité au RPC et à l'A.-E.
- La participation est habituellement accordée pour 60 mois au maximum. Une durée plus longue et des prolongations entraînant de plus longues périodes nécessitent l'accord préalable de l'autorité compétente des deux pays. En pareil cas, une lettre doit être annexée pour expliquer les circonstances.
- Il appartient à l'employeur qui fait la demande, de retenir et de verser les cotisations de l'employeur et de l'employé de la façon prescrite, en vertu des articles 8 et 9 de la Loi sur le Régime de pensions du Canada pour chaque année de participation effective et de présenter les déclarations d'information (T4 supplémentaires) conformément à la partie 2 du règlement du Régime de pensions du Canada.

NAME OF EMPLOYER IN CANADA – NOM DE L'EMPLOYEUR AU CANADA	EMPLOYER ACCOUNT NUMBER IN CANADA – NUMÉRO DU COMPTE DE L'EMPLOYEUR AU CANADA
ADDRESS IN CANADA – ADRESSE AU CANADA	
NAME & ADDRESS OF ESTABLISHMENT IN THE UNITED STATES WHERE THE EMPLOYEE IS/WILL BE WORKING – NOM ET ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT AUX ÉTATS-UNIS OÙ TRAVAILLE/RA L'EMPLOYÉ	
NAME OF EMPLOYEE – NOM DE L'EMPLOYÉ	CITIZENSHIP – NATIONALITÉ
ADDRESS – ADRESSE	
DATE OF BIRTH – DATE DE NAISSANCE	CANADIAN SOCIAL INSURANCE NUMBER NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE AU CANADA

**APPLICATION**

**DEMANDE D'ADMISSION**

The undersigned applies for

- coverage
- extension of coverage

of employment under the Canada Pension Plan and certifies that:

- The expected period of temporary assignment is from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ (5 years max.).
- The employee has completed the following previous assignments in the United States for this employer since 1983 (indicate "none" or give dates and/or attach copies of the certificates) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- It is intended that the employee will continue employment in Canada with the Canadian employer at the end of the period.
- Remuneration will be paid

- by the employer named on page 1 or
- by (give name, address and relationship to employer).  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- CPP contributions will be paid
- through the account number shown on page 1, or
- \_\_\_\_\_
- The information given in this application is true, correct and complete in every respect.

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Employer or authorized signing officer

Telephone \_\_\_\_\_

Le soussigné présente une demande

- de participation
- de prolongation de participation

d'un emploi admissible au Régime de pensions du Canada et atteste que:

- La durée prévue du détachement temporaire s'échelonne du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ (5 ans max.).
- L'employé a complété les affectations antérieures suivantes aux États-Unis pour son employeur depuis 1983 (indiquer «aucune» ou donner les dates et annexer des copies des certificats) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Il est entendu que l'employé continuera son emploi pour l'employeur canadien au Canada à la fin de la période.
- La rémunération sera versée

- par l'employeur nommé à la page 1, ou
- par (donner le nom, l'adresse et le lien de parenté avec l'employeur).  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Les cotisations au RPC seront
- versées en utilisant le numéro de compte indiqué à la page 1, ou
- \_\_\_\_\_
- Tous les renseignements fournis dans la présente demande sont véridiques, exacts et complets.

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
L'employeur ou un fondé de signature

Téléphone \_\_\_\_\_