POSTES CANADA CANADA POST
De partout... jusqu'à vous

CANADA POSTES POST CANADA
From anywhere... to anyone

DEMANDE DE PAIEMENTS EN REMPLACEMENT
DES FRAIS DE SERVICES
SELON L'ARTICLE 3.(1)(b) DE ***LA LOI DE 2000 SUR LES PAIEMENTS VERSÉS EN REMPLACEMENT D`IMPÔTS (PERI)***

APPLICATION FOR PAYMENT IN LIEU OF
SERVICE CHARGES
UNDER SECTION 3.(1)(b) of ***THE PAYMENTS IN LIEU OF TAXES ACT, 2000 (PILT)***

/Municipalité/Autorité taxatrice Municipality/Taxing Authority	Province	Année d'imposition de la demande de paiements/ Tax Year for which Application is made →

1. Inscrire sur la formulaire CPC/SCP-2002-5685 toutes les propriétés de la Société canadienne des postes pour lesquelles vous faites une demande, en y indiquant tous les détails exigés. (Si préféré, vous pouvez utiliser un tableau pour énumérer les propriétés si toutes les colonnes exigées sont incluses.)	List ALL Canada Post Corporation properties for which you are applying for payment and provide ALL information requested on form CPC/SCP-2002-5685. (If preferred, you may use a spreadsheet to list the properties if all required columns are included.)
2. IMPORTANT - Chaque propriété DOIT être accompagnée d'une liste des taux de taxes de votre municipalité pour l'année d'imposition de la demande et ces taux doivent être indiqués sur la formule, et en y joingnant vos commentaires additionnels.	**IMPORTANT - Each property listed MUST be accompanied by a schedule of the applicable tax rates levied for the tax year of the application, including additional comments.**
3. Veuillez annexer votre **RÈGLEMENT D'IMPOSITION DES FRAIS DE SERVICES.**	Attach your **SERVICE CHARGES BY-LAW.**
4. Chaque propriété fédérale jouit-elle **des mêmes niveaux de services** offerts aux autres propriétés imposables situées dans le secteur? Oui ☐ Non ☐ **SI NON, joindre vos commentaires.**	Does each Federal property receive the **same services** that are available to other taxable properties in the area of service? Yes ☐ No ☐ **If No attach explanation**
5. Est-ce que votre municipalité désire se prévaloir d'un versement supplémentaire conformément à la *Loi de 2000 sur les paiements versés en remplacement d'impôts* dans le cas où le versement du paiement en remplacement des frais de services serait indûment retardé? Oui, seulement si le montant dépasse 25 $ ☐ Oui, pour n'importe quel montant ☐ Non ☐ **SI OUI, annexer une copie du règlement d'imposition de taxes** à la présente formule, ainsi qu'une description de votre pratique en matière de prélèvement de frais d'intérêts sur les comptes d'impôts fonciers en souffrance. Aussi, indiquer le taux d'intérêt et la fréquence composée. Identifier la date à laquelle les intérêts commencent à s'accumuler sur les paiements non versés: _____	Does your municipality wish to be considered for a Late Payment Supplement (LPS) under the provisions of the *Payments in Lieu of Taxes Act, 2000* if there is an unreasonable delay in making the payment in lieu of services charges? Yes, only if amount exceeds $25.00. ☐ Yes, for any amount ☐ No ☐ **IF YES attach copy of bylaw,** together with a description of your municipality`s practice for charging interest on overdue taxable real property tax accounts, including rate of interest and compounding frequency. Identify the date from which interest on overdue tax accounts starts to accrue for taxable property owners. _____

DECLARATION

Par la présente, j'atteste que l'information fournie dans la présente demande et dans tous les documents joints est exacte et énonce correctement et en détail l'information ayant trait à l'impôt sur la façade ou la superficie ainsi qu'aux évaluations spéciales pertinentes. J'atteste également qu'aucune autre facture n'a été présentée concernant ces frais.	**I hereby certify that the information given in this application and in any documents attached hereto is true, correctly sets forth the rates and assessments in effect for the tax year for which this application is made and no other deartment has been billed for these charges.**

_____
Signature de la personne autorisée / Signature of Authorized Officer — Date

ADRESSE DE RETOUR (LETTRES MOULÉES) /RETURN ADDRESS (PLEASE PRINT OR TYPE)

Nom et titre de la personne autorisée /Name and Title of Authorized Officer

Adresse/Address — Code postal /Postal Code

No. de téléphone/Telephone No. — No. de télécopier /Fax No. — **Courriel/Email**

ENVOYER UNE COPIE DE LA PRÉSENTE DEMANDE

DÛMENT REMPLIE ET UNE COPIE DE TOUS LES RÈGLEMENTS PERTINENTS ET/OU DES RAPPORTS D'INGÉNIEUR À:

SEND ONE FULLY COMPLETED COPY OF THIS APPLICATION AND ALL RELEVANT BYLAWS TO →

Adam Schoones, P.App., AACI
Director, Tax and Valuation
The Regional Group of Companies Inc.
1737 Woodward Drive, 2nd floor
Ottawa, ON K2C 0P9
Télécopieur: (613) 230-2962
cpc@regionalgroup.com

Page 2/deuxième page