

Partie A - Renseignements sur l'identité du participant actif ou non actif

1. Renseignements sur le participant

| | | |
|---|--------|--|
| _____ | _____ | _____ |
| Nom de famille | Prénom | Numéro d'assurance sociale |
| _____ | | Sexe |
| Nom à la naissance (s'il est différent) | | <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin |
| _____ | _____ | _____ |
| Année | Mois | Jour |
| Date de naissance | | |

2. Adresse de domicile

| | | | |
|------------------------------|------------------------|------------------|-------------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| Numéro | Rue, avenue, boulevard | Appartement | Case postale Succursale |
| _____ | | _____ | |
| Ville, village, municipalité | | Province ou état | |
| _____ | _____ | | |
| Code postal | Pays | | |

3. Autres moyens de communication

| | | |
|---------------------------------|--|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| Ind. rég. Téléphone au domicile | Ind. rég. Téléphone au travail | Poste |
| _____ | Langue de correspondance | |
| Ind. rég. Téléphone cellulaire | <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais | |

Partie B - Renseignements relatifs à la demande

1. Nom du régime de retraite

Inscrivez le nom du régime concerné par votre demande : _____

2. Emplois multiples

Si vous occupiez plus d'un emploi visé par le RREGOP, le RRPE ou le RRAPSC, avez-vous démissionné de tous vos emplois ? (Si vous cochez « Non », lisez le guide.) Oui Non

Partie C - Document à annexer à votre demande

Original ou copie certifiée conforme de votre certificat de naissance ou copie d'acte de naissance (si vous résidez à l'extérieur du Québec)

Partie D - Signature du participant actif ou non actif

Je reconnais que cette demande de rente deviendra définitive et irrévocable lors du dépôt direct des prestations à mon compte ou lors de l'encaissement du premier chèque de prestation.

Je consens à ce que mon employeur soit informé de la décision de la CARRA relativement à mon admissibilité à une rente et de la date où je prends ma retraite. Oui Non

J'atteste que les renseignements fournis dans les parties A à D de ce formulaire et dans le document annexé sont exacts et complets.

| | | |
|---|-------|-----------|
| _____ | _____ | _____ |
| Signature du participant actif ou non actif | Année | Mois Jour |
| | Date | |

Partie E - Renseignements de l'employeur

Cette partie doit être remplie par un représentant autorisé de l'employeur.

1. Renseignements sur l'identité de l'employeur

Nom de l'employeur

Identificateur de l'employeur

Adresse

Numéro

Rue, avenue, boulevard, case postale, route rurale

Numéro de ministère ou organisme

Ville, village, municipalité

Province

Code postal

Autres moyens de communication

Ind. rég. Téléphone

Poste

Ind. rég. Télécopieur

2. Renseignements sur l'identité du participant actif ou non actif

Nom de famille

Prénom

Numéro d'assurance sociale

3. Renseignements d'ordre administratif

Statut de l'employé : Permanent à temps plein Permanent à temps partiel
 Autre _____

❖ Précision concernant le lien d'emploi pour un employé permanent à temps plein ou à temps partiel

Année Mois Jour
Date de fin d'emploi : _____

❖ Précisions concernant le lien d'emploi pour un employé ayant un statut autre que celui d'employé permanent à temps plein ou à temps partiel

L'employé est-il inscrit sur une liste qui lui garantit une priorité d'engagement ou d'emploi? Oui Non*

Année Mois Jour la date du dernier Année Mois Jour
Indiquez la date de fin d'emploi : _____ ET jour rémunéré** : _____

* En cochant « Non », vous convenez que l'employé n'a pas de garantie de priorité d'engagement ou d'emploi et qu'il n'a donc pas à démissionner.

** Les jours rémunérés comprennent :

- les jours travaillés;
- les jours d'absence avec salaire (ex. : vacances, congés de maladie, jours fériés, congés de maternité, etc.);
- les jours pendant lesquels l'employé est admissible à l'assurance salaire;
- les jours d'absence sans salaire soumise à cotisation.

❖ Précisions concernant l'invalidité (en fonction des 104 semaines prévues dans les conventions collectives ou les conditions de travail)

Année Mois Jour Date de début Date de fin
de l'invalidité : _____ de l'invalidité : _____

❖ Autres renseignements qui pourraient être utiles au traitement de cette demande :

Partie E - Renseignements de l'employeur (suite)

Il existe deux sections (A et B) dans cette partie afin que vous puissiez déclarer les **deux dernières années d'emploi**.

L'avant-dernière année d'emploi doit être décrite dans la section A.

Les champs comportant un astérisque (*) doivent obligatoirement être remplis.

Le champ « ** Numéro d'emploi » doit être rempli **uniquement pour le réseau de l'éducation**.

La « date de début (emploi) » correspond à la date du nouvel emploi, s'il y a lieu, et la « date de fin (emploi) » correspond à la date de fin d'emploi, si les événements surviennent au cours de l'année.

La « date de fin de période » n'a pas à être inscrite pour cette section.

4. Renseignements financiers concernant le participant actif ou non actif

SECTION A - DÉCLARATION DES DONNÉES FINANCIÈRES

a) Données financières de base

*Année de participation
 *Régime de retraite
 **Numéro d'emploi
 *Type de déclaration
 Base de rémunération
 200 260
 \$
 Salaire cotisable
 \$
 Salaire non cotisable (après 35 années)

*Groupe
 *Corps d'emploi
 *Facteur quotidien
 Année Mois Jour
 Date de début (emploi)
 \$
 Cotisation salariale
 \$
 Salaire annuel de base
 Année Mois Jour
 Date de fin de période

*Numéro de calendrier CARRA
 Cotisation patronale
 Oui Non
 Année Mois Jour
 Date de fin (emploi)
 %
 Partiel - % du temps
 Salaire pondéré
 Oui Non

b) Échelle de salaire (base 200 jours)

| Date de prise d'effet | | | Salaire annuel de base |
|-----------------------|------|------|------------------------|
| Année | Mois | Jour | |
| _ _ | _ | _ | \$ |
| _ _ | _ | _ | \$ |
| _ _ | _ | _ | \$ |
| _ _ | _ | _ | \$ |

c) Absences

| Code | Jours | Salaire | Montant de rétroactivité |
|------|-------|---------|--------------------------|
| _ | _ | \$ | \$ |
| _ | _ | \$ | \$ |
| _ | _ | \$ | \$ |
| _ | _ | \$ | \$ |

d) Rétroactivité

| Année | Montant |
|-------|---------|
| _ _ | \$ |
| _ _ | \$ |
| _ _ | \$ |
| _ _ | \$ |

Année Mois Jour
 Date du versement
 \$
 Montant non cotisable (après 35 années)

Partie E - Renseignements de l'employeur (suite)

La dernière année d'emploi doit être décrite dans la section B.

La « date de début (emploi) » correspond à la date du nouvel emploi, s'il y a lieu, et la « date de fin (emploi) » correspond à la date de fin d'emploi.

La « date de fin de période » doit correspondre à la date jusqu'à laquelle des données financières sont inscrites pour le participant, au moment où le formulaire est rempli. Deux mois après la date de la retraite, la CARRA vous demandera de produire une « Déclaration annuelle anticipée » (formulaire 203) finale afin de fournir les renseignements administratifs et financiers jusqu'à la date de fin d'emploi du participant.

SECTION B - DÉCLARATION DES DONNÉES FINANCIÈRES

a) Données financières de base

| | | |
|--|--|---|
| <p><input style="width: 50px;" type="text"/> *Année de participation</p> <p><input style="width: 100px;" type="text"/> *Régime de retraite</p> <p><input style="width: 100px;" type="text"/> **Numéro d'emploi</p> <p><input style="width: 50px;" type="text"/> *Type de déclaration</p> <p>Base de rémunération <input type="checkbox"/> 200 <input type="checkbox"/> 260</p> <p><input style="width: 150px;" type="text"/> \$ Salaire cotisable</p> <p><input style="width: 150px;" type="text"/> \$ Salaire non cotisable (après 35 années)</p> | <p><input style="width: 50px;" type="text"/> *Groupe</p> <p><input style="width: 150px;" type="text"/> *Corps d'emploi</p> <p><input style="width: 100px;" type="text"/> *Facteur quotidien</p> <p style="text-align: center;">Année Mois Jour</p> <p><input style="width: 150px;" type="text"/> Date de début (emploi)</p> <p><input style="width: 150px;" type="text"/> \$ Cotisation salariale</p> <p><input style="width: 150px;" type="text"/> \$ Salaire annuel de base</p> <p style="text-align: center;">Année Mois Jour</p> <p><input style="width: 150px;" type="text"/> *Date de fin de période</p> | <p><input style="width: 50px;" type="text"/> *Numéro de calendrier CARRA</p> <p>Cotisation patronale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p style="text-align: center;">Année Mois Jour</p> <p><input style="width: 150px;" type="text"/> Date de fin (emploi)</p> <p><input style="width: 50px;" type="text"/> % Partiel - % du temps</p> <p>Salaire pondéré <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> |
|--|--|---|

b) Échelle de salaire (base 200 jours)

| Date de prise d'effet | | | Salaire annuel de base |
|---|---|---|------------------------|
| Année | Mois | Jour | |
| <input style="width: 30px;" type="text"/> | <input style="width: 30px;" type="text"/> | <input style="width: 30px;" type="text"/> | \$ |
| <input style="width: 30px;" type="text"/> | <input style="width: 30px;" type="text"/> | <input style="width: 30px;" type="text"/> | \$ |
| <input style="width: 30px;" type="text"/> | <input style="width: 30px;" type="text"/> | <input style="width: 30px;" type="text"/> | \$ |
| <input style="width: 30px;" type="text"/> | <input style="width: 30px;" type="text"/> | <input style="width: 30px;" type="text"/> | \$ |

c) Absences

| Code | Jours | Salaire | Montant de rétroactivité |
|---|---|---------|--------------------------|
| <input style="width: 40px;" type="text"/> | <input style="width: 40px;" type="text"/> | \$ | \$ |
| <input style="width: 40px;" type="text"/> | <input style="width: 40px;" type="text"/> | \$ | \$ |
| <input style="width: 40px;" type="text"/> | <input style="width: 40px;" type="text"/> | \$ | \$ |
| <input style="width: 40px;" type="text"/> | <input style="width: 40px;" type="text"/> | \$ | \$ |

d) Rétroactivité

| Année | Montant |
|---|---------|
| <input style="width: 40px;" type="text"/> | \$ |
| <input style="width: 40px;" type="text"/> | \$ |
| <input style="width: 40px;" type="text"/> | \$ |
| <input style="width: 40px;" type="text"/> | \$ |

Année Mois Jour

Date du versement

\$
Montant non cotisable (après 35 années)

Partie E - Renseignements de l'employeur (suite)

5. Signature du représentant autorisé de l'employeur

J'atteste que les renseignements fournis dans la partie E de ce formulaire sont exacts et complets.

| | | |
|---|----------------------|---------------------------|
| <input type="text"/> | | |
| Nom de famille et prénom du représentant autorisé (EN MAJUSCULES) | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Titre ou fonction | Ind. rég. Téléphone | Poste |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| Signature du représentant autorisé | | Année Mois Jour |
| | | Date |

Dans ce formulaire, la forme masculine désigne aussi bien les femmes que les hommes.

English version available upon request

418 643-4881 (région de Québec)
1 800 463-5533 (sans frais)

Veillez retourner ce formulaire à l'adresse suivante :

**Commission administrative des régimes
de retraite et d'assurances
475, rue Saint-Amable
Québec (Québec) G1R 5X3**