

À REMPLIR PAR L'EMPLOYÉ(E) (PRIÈRE D'ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES)

RETOURNER L'ÉTAT DU COÛT EN : ANGLAIS FRANÇAIS

EMPLOYEUR :

NOM DE FAMILLE :

PRÉNOM(S) :

NAS :

ADRESSE :

Est-ce que vous prenez votre retraite? Oui * Non

Si oui, indiquer la date de retraite : _____

* votre demande sera accordée priorité

ADRESSE COURRIEL :

Je désire recevoir un état du coût d'achat et une formule d'option d'achat pour la période de service ouvrant droit à pension qui suit :

du : _____
année mois jour

au : _____
année mois jour

CATÉGORIE DE SERVICE : (cocher la case appropriée, fournir les renseignements pertinents et joindre une preuve de services rendus)

Service pour lequel j'ai reçu un remboursement de ce régime de pension

Le coût le plus élevé :

- (i) montant du remboursement, plus les intérêts; ou
- (ii) taux de cotisation pour service courant X 1; ou
- (iii) valeur de terminaison ajustée

Date approximative de réception du remboursement : _____

Nom de famille (s'il différerait) : _____

Congé sans solde (si le congé sans solde a commencé avant le 1^{er} juillet 2012, le demandeur doit avoir occupé un poste permanent à temps plein immédiatement avant le congé sans solde).

Le coût le plus élevé :

- (i) taux de cotisation pour service courant X 1; ou
- (ii) valeur de terminaison ajustée **moins** le coût de l'employeur (s'applique si la période de congé est rachetée après un an suivant la date de reprise des cotisations au Régime de retraite des employés du SFCP des hôpitaux / Régime à risques partagés des hôpitaux du SFCP).

Joindre une preuve de services rendus confirmant les dates et si vous occupiez un poste à temps plein / temps partiel au moment du congé. Pour un congé de maternité, joindre une copie du certificat de naissance de l'enfant.

Période d'attente – service antérieur à temps plein non cotisé

Le coût le plus élevé :

- (i) taux de cotisation pour service courant X 1; ou
- (ii) valeur de terminaison ajustée

Joindre une preuve de services rendus confirmant les dates, et que vous occupiez un poste permanent à temps plein / travail sans interruption.

Je certifie que je n'ai pas cotisé à aucun autre régime de retraite durant la période précitée.

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ(E)

DATE

À REMPLIR PAR L'AGENT DES RESSOURCES HUMAINES OU DE LA PAIE

Je certifie par la présente que la personne dont le nom figure ci-dessus cotise actuellement à ce régime de pension et que son salaire à temps plein est de : _____ \$ à la quinzaine au mois

Pour une période de congé sans solde – Fournir le % d'emploi à temps plein avant la période faisant l'objet du rachat : _____ %

SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR

DATE