

**RÉGIME DE RETRAITE DES EMPLOYÉS À TEMPS PARTIEL
ET SAISONNIERS DE LA PROVINCE DU N.-B.
OPTION DE PARTICIPATION**

1. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom: _____	N.A.S.: _____ - _____ - _____
Adresse: _____ _____	Date de naissance: _____ JJ MM AAAA

2. EMPLOI - Veuillez remplir la section a),b) ou c), selon votre situation:

a) Êtes-vous un nouvel employé?

Nom de l'employeur : _____

Statut d'emploi : _____

Date d'entrée en fonction? _____
JJ MM AAAA

**b) Y-a-t'il eu un changement à votre statut d'emploi?
(p.ex., de temps plein à temps partiel)**

Nom de l'employeur : _____

Statut d'emploi : _____

Date d'entrée en vigueur : _____
JJ MM AAAA

Statut d'emploi au préalable : _____

Date d'entrée en vigueur : _____
JJ MM AAAA

c) Renseignements supplémentaires:

Avez-vous déjà été à l'emploi du gouvernement du Nouveau-Brunswick? ___ OUI ___ NON

Si oui, veuillez indiquer le nom de l'employeur et la période d'emploi approximative :

Employeur: _____

du: _____ au: _____
JJ MM AAAA JJ MM AAAA

Au cours de cette période, avez-vous cotisé à un ou plusieurs régimes de retraite offerts par le gouvernement du Nouveau-Brunswick? ___ OUI ___ NON

Si oui, veuillez indiquer le nom des régimes de retraite:

Régime(s) de retraite: _____

3. ACCEPTATION / RENONCIATION

J'ai été informé de la possibilité de participer au régime de retraite des employés à temps partiel et saisonniers, et et je désire confirmer que (sélectionner a ou b ci-dessous) :

a) Je _____ suis intéressé à cotiser à ce régime de retraite _____
(nom) (date d'entrée en vigueur)

OU

b) Je _____ **ne suis pas** intéressé à cotiser à ce régime de retraite _____
(nom) (date d'entrée en vigueur)

Je comprends que je peux participer au régime à une date ultérieure et que mes cotisations ne seront pas rétroactives.

Signature de l'employé: _____ Date: _____
JJ MM AAAA

Témoïn: _____ Date: _____
JJ MM AAAA

Note : l'employeur doit conserver une copie signée de ce formulaire dans le dossier de l'employé.