

**Régime de retraite à l'intention du groupe Manœuvres, hommes de métier
et de services des districts scolaires du N.-B. /
Régime de retraite des employés, membres de la section locale 2745
du SCFP des districts scolaires du N.-B.**

DEMANDE D'ADHÉSION

INFORMATION DE L'EMPLOYEUR		
DISTRICT SCOLAIRE #:		
INFORMATION DE L'EMPLOYÉ(E)		
NOM		NO. D'ASSURANCE SOCIALE - -
RÉGIME: <input type="checkbox"/> Manœuvres, hommes de métier et de services <input type="checkbox"/> SCFP, section locale 2745	LANGUE <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français	SEXE <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
DATE DE NAISSANCE ____/____/____ Année Mois Jour	DATE D'EMBAUCHE (POSITION À TEMPS PLEIN) ____/____/____ Année Mois Jour	DATE D'ADHÉSION ____/____/____ Année Mois Jour
Salaire aux deux semaines à la date d'adhésion* : _____ \$		
Nombre de périodes de paie par année (26, 20,5, 19,5) : _____		
*Veuillez inclure la paie de vacances pour les employés de 10 mois (SCFP 1253 seulement)		
<p><i>En pleine connaissance de mes droits et devoirs en vertu du régime, par la présente, je désire adhérer au régime et j'autorise mon employeur à retenir de mes gains toutes cotisations requises en vertu du régime.</i></p> <p><i>Par la présente, j'atteste que d'après ma connaissance mon numéro d'assurance sociale, mes dates de naissance et d'emploi sont exactes ainsi qu'ils figurent sur la présente demande.</i></p> <p><i>Par la présente, je désigne ci-dessous le bénéficiaire ayant droit à toute somme payable après mon décès conformément aux dispositions du régime. En outre, je me réserve le droit de changer ma désignation de bénéficiaire dans la mesure permise par la Loi.</i></p>		
INFORMATION DU BÉNÉFICIAIRE		
NOM		
DATE DE NAISSANCE ____/____/____ Année Mois Jour	SEXE <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	LIEN DE PARENTÉ (OU AUTRE)
AUTORISATION		
<p><i>Je comprends que cette information est recueillie dans le but d'administrer le régime de retraite susnommé. En participant dans ce régime, je consens à la collection et à l'usage de cette information par mon employeur et ses fournisseurs de services et/ou représentants pour l'administration du régime.</i></p>		
SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ(E)	DATE ____/____/____ Année Mois Jour	
SIGNATURE DU RESPONSABLE DU DISTRICT SCOLAIRE	DATE ____/____/____ Année Mois Jour	