

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Ce guide est fourni à titre d'information et ne remplace pas les dispositions des lois et règlements applicables. Nous vous invitons à le lire **attentivement**, car il répond à la plupart des questions au sujet de la demande de remboursement.

Le formulaire est prescrit en vertu de l'article 150 de la *Loi sur le régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics* (L.R.Q., c. R-10). Vous devez obligatoirement l'utiliser pour tous les régimes administrés par la Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances (CARRA), sauf le Régime de retraite des élus municipaux (RREM) et le Régime de retraite des membres de l'Assemblée nationale (RRMAN).

Toutefois, vous ne pouvez utiliser ce formulaire pour demander le transfert, dans un compte de retraite immobilisé (CRI) ou dans un fonds de revenu viager (FRV), de la valeur de la rente acquise aux régimes que nous administrons. **Pour demander un tel transfert**, vous devez remplir le formulaire « Demande de rente de retraite » (079).

Si votre demande de remboursement concerne le Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), le Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE) ou le Régime de retraite des agents de la paix en services correctionnels (RRAPSC), **nous calculerons automatiquement les prestations auxquelles vous avez droit pour chacun de ces régimes**. À titre d'exemple, une personne pourrait avoir droit à un remboursement de ses cotisations au RRAPSC et à une rente différée payable à 65 ans pour ses années de service au RREGOP. Les deux montants seraient calculés lors du traitement de sa demande de remboursement.

Qu'est-ce qui peut être remboursé?

Vous pouvez obtenir le remboursement des **cotisations** que vous avez versées à votre régime de retraite, mais seulement aux conditions décrites ci-après. Pour plusieurs régimes, dont le RREGOP, le RRPE, le Régime de retraite de l'administration supérieure (RRAS), le RRAPSC, le Régime de retraite des employés en fonction au Centre hospitalier Côte-des-Neiges (RRCHCN), le Régime de retraite des employés fédéraux intégrés dans une fonction auprès du gouvernement du Québec (RREFQ), le Régime de retraite des membres de la Sûreté du Québec (RRMSQ), le Régime de retraite des juges de la Cour du Québec et de certaines cours municipales (RRJCQM) et le Régime de retraite de certains enseignants (RRCE), vous obtenez aussi le remboursement des **intérêts** accumulés sur vos cotisations.

Quelles sont les conditions à remplir pour obtenir un remboursement?

- Vous devez **avoir cessé d'occuper un emploi visé** par l'un des régimes que nous administrons et **n'avoir plus aucun lien d'emploi** avec un employeur assujéti à ces régimes. Si vous occupez en même temps plusieurs emplois, vous devez démissionner de tous vos emplois.
- Si vous êtes un employé occasionnel inscrit sur une liste de rappel, vous devez informer l'employeur que vous ne désirez plus être inscrit sur cette liste.
- Si vous participiez au **RREGOP**, au **RRPE**, au **RRCE** ou au **RRAPSC**, vous ne devez plus avoir de lien d'emploi avec un employeur assujéti à ces régimes depuis un minimum de 210 jours de votre date de fin d'emploi.
- Si vous participiez au **RREGOP** ou au **RRPE**, vous deviez avoir moins de 55 ans **ET** compter moins de 2 années de service à la date de votre fin d'emploi.
- Si vous participiez au **RRAS**, vous deviez avoir moins de 50 ans **ET** compter moins de 2 années de service à la date de votre fin d'emploi.
- Si vous participiez au Régime de retraite des enseignants (**RRE**) ou au Régime de retraite des fonctionnaires (**RRF**), vous deviez compter moins de 10 années de service à la date de votre fin d'emploi.
- Si vous participiez au **RRAPSC**, vous deviez avoir moins de 60 ans **ET** compter moins de 2 années de service à la date de votre fin d'emploi.
- Si vous participiez au **RRCE**, vous deviez avoir moins de 45 ans **OU** compter moins de 10 années de service à la date de votre fin d'emploi.
- Si vous participiez au **RRJCQM**, vous deviez compter moins de 2 années de service au moment où vous avez cessé d'occuper votre charge, ne pas être admissible à une rente immédiate ou différée et ne pas avoir transféré vos années de service dans un autre régime de retraite.
- Si vous participiez au **RRMSQ**, vous deviez, au moment de quitter votre emploi, remplir une des trois combinaisons de conditions ci-après :
 - avoir moins de 60 ans **ET** compter moins de 2 années de service; **OU**
 - avoir moins de 60 ans **ET** compter entre 2 années ou plus et moins de 10 années de service et ne pas avoir opté pour la rente différée; **OU**
 - avoir moins de 45 ans **ET** compter entre 10 années ou plus et moins de 20 années de service et ne pas avoir opté pour la rente différée.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX (suite)

Qu'arrive-t-il si vous avez cessé de participer au RREGOP avant le 1^{er} janvier 1991 ou au RRAPSC avant le 1^{er} janvier 2003?

Vous pouvez être admissible à un remboursement de cotisations aux conditions alors en vigueur. Il vous suffit de communiquer avec nous pour connaître vos droits.

Que faire si vous avez eu plus d'un employeur au cours des deux dernières années?

Vous devez remplir une demande de remboursement pour **chaque employeur** avec lequel vous avez eu un lien d'emploi au cours d'une partie ou de la totalité des deux dernières années.

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À CHACUNE DES PARTIES DE CETTE DEMANDE

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

Vous devez inscrire les renseignements qui vous identifient comme le participant actif, soit la personne qui participe au régime, ou comme le participant non actif, soit la personne qui ne participe plus au régime parce qu'elle n'occupe plus un emploi visé pour l'employeur assujéti à ce régime.

Partie B - Renseignements relatifs à la demande

1. Nom du régime de retraite

Vous devez inscrire le nom du régime concerné par votre demande de remboursement.

2. Emplois multiples

Si, dans la même année, vous occupez plus d'un emploi visé par le RREGOP, le RRPE, le RRCE ou le RRAPSC, pour le même employeur ou pour des employeurs différents, vous devez démissionner de tous vos emplois pour obtenir le remboursement des cotisations accumulées à ces différents régimes.

Partie C - Document à annexer à votre demande

Si vous résidez à l'extérieur du Québec, l'original ou une copie certifiée conforme de votre certificat de naissance ou la copie d'acte de naissance est essentiel au traitement de votre demande. Si vous êtes né au Québec, le certificat ou la copie d'acte doit être délivré par le Directeur de l'état civil s'il est émis après le 31 décembre 1993. Si vous êtes né à l'extérieur du Québec, il doit être délivré par l'autorité compétente. Ce document vous sera retourné dans les plus brefs délais.

Partie D - Signature du participant actif ou non actif

Votre demande vous sera retournée si vous ne l'avez pas signée. De plus, l'absence des renseignements demandés dans ce formulaire nous empêchera de traiter votre demande. Selon la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (L.R.Q., c. A-2.1), seules les personnes chargées de traiter votre dossier auront accès à cette information. Cette loi vous permet de consulter et de faire rectifier vos renseignements personnels.

Partie E - Renseignements de l'employeur

Vous devez faire remplir cette partie par chaque employeur avec lequel vous avez eu un lien d'emploi au cours d'une partie ou de la totalité des deux dernières années.

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, le RRCE 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

Si ma demande concerne le remboursement total des cotisations versées au RREGOP, au RRPE, au RRCE ou au RRAPSC, j'atteste n'avoir occupé aucun emploi visé par ces régimes depuis un minimum de 210 jours de la **date de fin d'emploi** inscrite dans la partie E.

Si ma demande concerne le remboursement de cotisations versées au RREGOP, au RRPE ou au RRAPSC, je reconnais qu'elle entraînera automatiquement le calcul des prestations auxquelles j'ai droit pour chacun de ces régimes.

Je reconnais que le remboursement des cotisations effectué en fonction des renseignements inscrits dans ce formulaire deviendra **définitif et irrévocable** dès l'encaissement du chèque ou dès le transfert des fonds dans un REER. Ce remboursement annule tout droit présent et futur concernant le calcul de ma rente et l'admissibilité aux prestations.

J'autorise la CARRA à transmettre à l'employeur tout renseignement relatif à ma demande de remboursement : 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

Partie E - Renseignements de l'employeur (suite)

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**

Date de fin d'emploi :

Année	Mois	Jour

❖ **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*

Indiquez la date de fin d'emploi :

Année	Mois	Jour

ET la date du dernier jour rémunéré** :

Année	Mois	Jour

* 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)**

Date de début de l'invalidité :

Année	Mois	Jour

Date de fin de l'invalidité :

Année	Mois	Jour

❖ **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

<p><input style="width: 50px;" type="text"/> *Année de participation</p> <p><input style="width: 50px;" type="text"/> *Régime de retraite</p> <p><input style="width: 50px;" 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: 100px;" type="text"/> \$</p> <p>Salaire cotisable</p> <p><input style="width: 100px;" type="text"/> \$</p> <p>Salaire non cotisable (après 35 années)</p>	<p><input style="width: 50px;" type="text"/> *Groupe</p> <p><input style="width: 100px;" type="text"/> *Corps d'emploi</p> <p><input style="width: 50px;" type="text"/> *Facteur quotidien</p> <p style="text-align: center;">Année Mois Jour</p> <p><input style="width: 100px;" type="text"/> Date de début (emploi)</p> <p><input style="width: 100px;" type="text"/> \$</p> <p>Cotisation salariale</p> <p><input style="width: 100px;" type="text"/> \$</p> <p>Salaire annuel de base</p> <p style="text-align: center;">Année Mois Jour</p> <p><input style="width: 100px;" 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: 100px;" type="text"/> Date de fin (emploi)</p> <p><input style="width: 100px;" type="text"/> %</p> <p>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: 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"/>	\$	\$

d) Rétroactivité

Année	Montant
<input style="width: 30px;" type="text"/>	\$
<input style="width: 30px;" type="text"/>	\$
<input style="width: 30px;" type="text"/>	\$
<input style="width: 30px;" type="text"/>	\$

Année Mois Jour

Date du versement

\$

Montant non cotisable (après 35 années)

Partie E - Renseignements de l'employeur (suite)

SECTION B - DÉCLARATION DES DONNÉES FINANCIÈRES

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.

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)

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**