

La *Déclaration annuelle anticipée dans le cadre d'une entente de transfert* vous permet de nous envoyer les renseignements financiers concernant une personne qui participe à un des régimes de retraite du secteur public que nous administrons et qui souhaite se prévaloir d'une entente de transfert. Elle permet de déclarer ses années d'emploi dont la déclaration annuelle n'a pas déjà été soumise, jusqu'à la date de sa fin d'emploi.

**Pour le réseau de l'éducation**, vous devez produire une partie E pour chaque emploi occupé au cours d'une même année. Pour déclarer des données financières relatives à un ajustement 10 mois versé l'année suivant celle de la fin d'emploi, vous devez produire une autre section « Déclaration des données financières ».

Si vous souhaitez modifier les renseignements transmis initialement dans une déclaration annuelle anticipée, vous devez en remplir une nouvelle et y inscrire, à la main, la mention « Amendée ».

Les données fournies doivent être complètes **jusqu'à la date de fin d'emploi**. Aucune modification aux sommes transférées entre notre organisme et l'autre administrateur de régimes de retraite ne pourra être effectuée **une fois que le transfert sera complété**.

### Partie A – Renseignements sur l'identité de la personne qui participe au régime

<sup>1</sup> Notez que le numéro d'identification est attribué à chaque personne qui participe à un régime de retraite du secteur public. Ce numéro peut remplacer le numéro d'assurance sociale.

Nom de famille		Prénom		
Nom de famille à la naissance (s'il est différent)		Année	Mois	Jour
Date de naissance		Numéro d'assurance sociale		
Sexe		Langue de correspondance		<b>17</b>
<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> Anglais	Numéro d'identification <sup>1</sup>

### Partie B – Renseignements sur l'identité de l'employeur

Nom de l'employeur		Numéro d'identification de l'employeur		
Numéro	Rue, avenue, boulevard, case postale, route rurale		Numéro de ministère ou organisme	
Ville, village, municipalité		Province	Code postal	
Ind. rég.	Téléphone	Poste	Ind. rég.	Télécopieur

### Partie C – Confirmation de l'admissibilité au transfert

Afin de bénéficier de l'entente de transfert, la personne concernée doit avoir cessé d'occuper un emploi visé par l'un de nos régimes de retraite. Cela signifie qu'elle ne doit plus être en lien d'emploi, ni être inscrite sur une liste qui lui garantit une priorité d'engagement ou d'emploi, à la date à laquelle elle a fait sa demande de transfert.

La personne avait-elle cessé d'occuper un emploi visé par le régime à la date à laquelle elle a fait sa demande de transfert?  Oui  Non

Si vous avez répondu « Non », la personne n'est pas admissible à la date à laquelle elle a fait sa demande de transfert. Dans ce cas, passez directement à la partie F « Signature de la personne autorisée chez l'employeur ».

**Partie D – Renseignements d'ordre administratif**

Statut d'emploi :  Permanent à temps plein  Permanent à temps partiel  
 Autre \_\_\_\_\_

**Précisions concernant le lien d'emploi pour une personne ayant un statut d'emploi permanent à temps plein ou à temps partiel**

Indiquez la date de fin d'emploi : 

Année	Mois	Jour

**ET** la date du dernier jour rémunéré<sup>1</sup> : 

Année	Mois	Jour

Salaire annuel de base à la date du dernier jour rémunéré : 

	\$
--	----

**Précisions concernant le lien d'emploi pour une personne ayant un statut d'emploi autre que permanent à temps plein ou à temps partiel**

Pour la période précédant la date de fin d'emploi, la personne était-elle inscrite sur une liste qui lui garantissait une priorité d'engagement ou d'emploi?  Oui  Non<sup>2</sup>

Indiquez la date de fin d'emploi : 

Année	Mois	Jour

**ET** la date du dernier jour rémunéré<sup>1</sup> : 

Année	Mois	Jour

Salaire annuel de base à la date du dernier jour rémunéré : 

	\$
--	----

<sup>1</sup> 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 la personne est admissible à l'assurance salaire;
- les jours d'absence sans salaire soumise à cotisation.

<sup>2</sup> En cochant « Non », vous convenez que la personne n'a pas de garantie de priorité d'engagement ou d'emploi et qu'elle n'a donc pas à démissionner.

**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 financiers concernant la personne qui participe au régime

### 1. Déclaration des données financières

#### a) Données financières de base

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

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

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

	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
	*Année de participation		Groupe		*Numéro de calendrier Retraite Québec
	<input type="text"/>	<input type="text"/>			Cotisation patronale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	*Régime de retraite		*Corps d'emploi		*Base de rémunération <input type="checkbox"/> 200 <input type="checkbox"/> 260
	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
	**Numéro d'emploi		*Facteur quotidien		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
	Type de déclaration				
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Année Mois Jour	Année Mois Jour			
	Date de début d'emploi	Date de fin d'emploi			
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Salaire cotisable \$	Cotisation salariale \$			Partiel – % du temps %
	<input type="text"/>	<input type="text"/>			Salaire pondéré <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Salaire non cotisable \$	*Salaire annuel de base \$			
	(après l'atteinte du service maximum)				

#### b) Échelle de salaire et ajustement 10 mois (base 200 jours)

Date de prise d'effet			Salaire annuel de base
Année	Mois	Jour	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$

**Important :** Utilisez les deux champs concernant l'ajustement 10 mois **seulement** si vous êtes dans le réseau de l'éducation et si l'ajustement est versé au cours d'une année suivant celle de la fin d'emploi. Dans ce cas, le champ « Partiel - % du temps » doit être à zéro.

<input type="text"/>	\$	<input type="text"/>	\$
Ajustement 10 mois cotisable		Ajustement 10 mois non cotisable (après l'atteinte du service maximum)	

#### c) Absences

Code	Jours	Salaire	Montant de rétroactivité
<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	\$
<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	\$
<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	\$
<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$	\$

#### d) Rétroactivité

Année	Montant
<input type="text"/>	\$
<input type="text"/>	\$
<input type="text"/>	\$
<input type="text"/>	\$

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$
Année	Mois	Jour			
Date du versement					Montant non cotisable (après l'atteinte du service maximum)



## Partie F – Signature de la personne autorisée chez l'employeur

Cette partie doit être remplie  
dans tous les cas.

J'atteste que les renseignements fournis dans ce formulaire sont exacts et complets.

Nom de famille et prénom de la personne autorisée (EN MAJUSCULES)			
Titre ou fonction	Ind. rég.	Téléphone	Poste
			Année    Mois    Jour
Signature de la personne autorisée chez l'employeur	Date		

## Accès aux documents des organismes publics et protection des renseignements personnels

Les renseignements personnels recueillis dans ce formulaire et, le cas échéant, dans les documents qui doivent y être annexés sont nécessaires à l'étude de cette demande. Seuls les membres autorisés de notre personnel y ont accès lorsque ceux-ci sont nécessaires à l'exercice de leurs fonctions.

Le fait de ne pas fournir l'information demandée dans les sections obligatoires peut entraîner des délais de traitement ou le rejet de cette demande.

La Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels permet à la personne concernée par ces renseignements d'y avoir accès et de les faire rectifier.



Transmettez-nous en ligne ce formulaire et les documents requis, s'il y a lieu, via notre forum sécurisé.

Vous pouvez y accéder à partir de votre dossier employeur.

Sélectionnez le sujet « **Envoi d'un document ou d'un formulaire** ».

Votre demande sera traitée plus rapidement, puisque le délai postal sera éliminé.

Si vous ne pouvez pas utiliser notre forum, veuillez nous envoyer ce formulaire et les documents requis, s'il y a lieu, à l'adresse suivante :  
Retraite Québec, case postale 5500, succursale Terminus, Québec (Québec) G1K 0G9.