

Demande de confirmation d'admissibilité à la retraite progressive

Partie A – Conditions générales

- La retraite progressive est offerte **uniquement** aux personnes qui participent à l'un des régimes de retraite suivants :
 - le Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP);
 - le Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE);
 - le Régime de retraite des enseignants (RRE); ou
 - le Régime de retraite des fonctionnaires (RRF).
- **Seules les personnes qui occupent un emploi régulier, à temps plein ou à temps partiel, sont admissibles à la retraite progressive. Les employés occasionnels ou saisonniers ne peuvent donc pas se prévaloir de cette mesure.**
- La décision relative à la retraite progressive doit faire l'objet d'une entente avec l'employeur.
- La durée de l'entente doit être d'au moins 12 mois et d'au plus 60 mois.
- À la fin de l'entente, le participant doit être admissible à une rente de retraite, avec ou sans réduction.
- Durant l'entente, l'horaire de travail du participant peut varier, mais il ne doit jamais être inférieur à 40 % du temps régulier d'un emploi équivalent à temps plein.
- Durant l'entente, le participant cotise à son régime de retraite en fonction du salaire qu'il aurait reçu s'il n'avait pas pris une retraite progressive.
- Pour la durée de l'entente, le participant se voit créditer le même service à temps plein ou à temps partiel que celui qu'il accomplissait avant le début de sa retraite progressive.
- Le participant doit prendre sa retraite à la fin de l'entente.
- Un participant ne peut s'inscrire qu'une seule fois au programme de retraite progressive, sauf si l'entente est annulée pour l'une des raisons prévues dans les règlements d'application du RREGOP, du RPPE, du RRE et du RRF. Dans ce cas, le participant peut de nouveau s'inscrire au programme de retraite progressive, car l'entente de retraite progressive qui a été annulée est considérée comme n'ayant jamais existé.

**CETTE DEMANDE NE DOIT PAS ÊTRE ADRESSÉE À LA CARRA PLUS DE CINQ MOIS
AVANT LA DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ENTENTE.**

Partie B – Renseignements du participant

1. Renseignements sur l'identité du participant

Nom de famille			Numéro d'assurance sociale		
Prénom	Date de naissance année mois jour		Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Langue de correspondance français <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/>	
Nom selon l'acte de naissance (s'il est différent)			Téléphone (résidence) (ind. rég.)		
Adresse du domicile (numéro, rue, appartement, case postale, route rurale)			Téléphone (travail) (ind. rég.)		Poste
Ville, village ou municipalité			Province		Code postal

2. Signature du participant

J'autorise la CARRA à transmettre à l'employeur identifié à la partie C tous les renseignements relatifs à cette demande.

Signature

Date

année mois jour

année
mois
jour

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 C – Renseignements de l'employeur (à faire remplir par l'employeur)

1. Renseignements sur l'identité de l'employeur									
Nom de l'employeur					Numéro de l'employeur			Ministère	
Adresse (numéro, rue, case postale, route rurale)							Téléphone (ind. rég.)		
Ville				Province		Code postal		Numéro de l'employé	
2. Renseignements d'ordre administratif									
Premier jour de l'entente année mois jour			Dernier jour de l'entente année mois jour			Pourcentage moyen du temps travaillé durant l'entente : <input type="text"/> %			
Important : Veuillez consulter le <i>Guide de la déclaration annuelle de l'employeur</i> pour remplir cette section.				Pour l'année en cours, soit pour _____, (du 1^{er} janvier jusqu'à la veille du début de l'entente)			Pour l'année précédente, soit pour _____, (du 1^{er} janvier au 31 décembre)		
Base annuelle de rémunération (cochez) :				200 jours <input type="checkbox"/> 260 jours <input type="checkbox"/>		200 jours <input type="checkbox"/> 260 jours <input type="checkbox"/>			
Nombre total de jours d'absence non payés (incluant les jours d'invalidité non cotisables) :				<input type="text"/> jours			<input type="text"/> jours		
Nombre de jours d'invalidité non cotisables :				<input type="text"/> jours			<input type="text"/> jours		
Catégorie d'employé (cochez) :				Employé à temps plein <input type="checkbox"/> Employé à temps partiel <input type="checkbox"/>		Employé à temps plein <input type="checkbox"/> Employé à temps partiel <input type="checkbox"/>			
Si, pour l'année en cours, vous avez coché « Employé à temps partiel », indiquez le pourcentage du temps travaillé immédiatement avant le début de l'entente :							<input type="text"/> %		
Note : Une entente de congé sabbatique à traitement différé (CSTD) doit être terminée pour qu'un participant puisse conclure une entente de retraite progressive. Si le participant bénéficie actuellement d'une entente de CSTD, indiquez la date à laquelle cette entente prendra fin :							Dernier jour de l'entente de CSTD année mois jour		
Nom et prénom de la personne qui a rempli la section 2 (sauf s'il s'agit du représentant autorisé de l'employeur identifié à la section 3)									
Titre ou fonction						Téléphone (ind. rég.)		Poste	
3. Signature du représentant autorisé de l'employeur									
Nom et prénom du représentant autorisé									
Téléphone (ind. rég.)			Poste		Télécopieur (ind. rég.)				
J'atteste que les renseignements fournis dans la partie C de ce formulaire sont exacts et complets.									
Signature <input type="text"/>						Date année mois jour			

Dans ce formulaire, la forme masculine désigne aussi bien les femmes que les hommes.

English version available upon request

Service à la clientèle :

(418) 643-4881 (région de Québec)
1 800 463-5533 (ailleurs au Québec)

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**