

Partie A – Conditions générales

- Le départ progressif est offert **uniquement** aux personnes qui participent à l'un des régimes de retraite du secteur public 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 au départ progressif. Les personnes qui occupent un emploi occasionnel ou saisonnier ne peuvent donc pas se prévaloir de cette mesure.**
- La décision relative au départ progressif 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, la personne doit être admissible à une rente de retraite, avec ou sans réduction.
- Durant l'entente, l'horaire de travail peut varier, mais il ne doit jamais être inférieur à 40 % du temps régulier d'un emploi équivalent à temps plein.
- Durant l'entente, la personne cotise à son régime de retraite en fonction du salaire qu'elle aurait reçu si elle n'avait pas été en départ progressif.
- Pour la durée de l'entente, la personne se voit créditer le même service (emploi à temps plein ou à temps partiel) que celui qu'elle accomplissait avant le début de son départ progressif.
- La personne doit prendre sa retraite à la fin de l'entente.
- Une personne ne peut s'inscrire qu'une seule fois au programme de départ progressif, 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, elle peut de nouveau s'inscrire au programme, car l'entente qui a été annulée est considérée comme n'ayant jamais existé.

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

Partie B – Renseignements sur la personne qui participe au régime

1. Renseignements sur l'identité de la personne			
Nom de famille	Numéro d'identification* OU Numéro d'assurance sociale 17		
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 au domicile (ind. rég.) 	
Adresse de domicile (numéro, rue, appartement, case postale, route rurale)		Téléphone au travail (ind. rég.)	Poste
Ville, village ou municipalité		Province	Code postal

* Vous trouverez votre numéro d'identification dans votre relevé de participation concernant votre régime de retraite du secteur public.

2. Signature de la personne qui participe au régime

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

Signature Date

année	mois	jour
-------	------	------

Accès aux documents des organismes publics et protection des renseignements personnels
 Les renseignements personnels recueillis dans ce formulaire et, le cas échéant, les documents qui doivent y être annexés sont nécessaires à l'étude de votre demande. Seuls les membres autorisés de notre personnel y ont accès lorsque ceux-ci sont nécessaires à l'exercice de leurs fonctions.
 À l'exception des sections facultatives, le fait de ne pas fournir l'information demandée peut entraîner des délais de traitement ou le rejet de votre demande.
 La Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels 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 d'identification de l'employeur	Numéro du ministère ou d'organisme
Adresse (numéro, rue, case postale, route rurale)		Téléphone (ind. rég.)
Ville	Province	Code postal

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 style="width: 50px;" 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 :	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 style="width: 50px;" type="text"/> jours	<input style="width: 50px;" type="text"/> jours
Nombre de jours d'invalidité non cotisables :	<input style="width: 50px;" type="text"/> jours	<input style="width: 50px;" type="text"/> jours
Catégorie d'emploi :	à temps plein <input type="checkbox"/> à temps partiel <input type="checkbox"/>	à temps plein <input type="checkbox"/> à temps partiel <input type="checkbox"/>
Si, pour l'année en cours, vous avez coché « à temps partiel », indiquez le pourcentage du temps travaillé immédiatement avant le début de l'entente :		<input style="width: 50px;" type="text"/> %
Note : Une entente de congé sabbatique à traitement différé (CSTD) doit être terminée pour conclure une entente de départ progressif. Si la personne bénéficie actuellement d'une entente de CSTD, indiquez la date où elle prendra fin :	Dernier jour de l'entente de CSTD année mois jour	
Nom de famille et prénom de la personne qui a rempli la section 2 (sauf s'il s'agit de la personne autorisée chez l'employeur identifiée à la section 3)		
Titre ou fonction	Téléphone (ind. rég.)	Poste

* Les champs comportant un astérisque (*) sont obligatoires.

3. Signature de la personne autorisée chez l'employeur									
Nom de famille et prénom de la personne autorisée									
Téléphone (ind. rég.)	Poste	Télécopieur (ind. rég.)	Titre ou fonction						
J'atteste que les renseignements fournis dans la partie C de ce formulaire sont exacts et complets.									
Signature		Date	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">année</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">mois</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">jour</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	année	mois	jour			
année	mois	jour							

English version available upon request

La personne qui participe au régime doit nous retourner ce formulaire à l'adresse suivante :

Retraite Québec
 475, rue Saint-Amable
 Québec (Québec) G1R 5X3

POUR NOUS JOINDRE

418 643-4881 (région de Québec)
 1 800 463-5533 (sans frais)
 Personnes malentendantes
 418 644-8947 (région de Québec)
 1 855 317-4076 (sans frais)

Abonnez-vous à notre liste de diffusion électronique

L'abonnement à notre liste de diffusion électronique vous permet d'obtenir de l'information sur les nouveautés concernant les différents régimes de retraite du secteur public. Le formulaire d'inscription est accessible dans notre site Web.