

## 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 (RLRQ, chapitre 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**, vers un compte de retraite immobilisé (CRI) ou vers 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 **ne plus avoir 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 avez un statut d'employé occasionnel et que votre nom figure sur une liste de rappel, vous devez informer l'employeur que vous désirez retirer votre nom de 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 après 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'exercer 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 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 10 années ou plus et moins de 20 années de service et ne pas avoir opté pour la rente différée.

### **Qu'arrive-t-il si vous avez cessé de participer au RREGOP avant le 1<sup>er</sup> janvier 1991 ou au RRAPSC avant le 1<sup>er</sup> 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 de la personne qui a participé au régime**

Vous devez inscrire les renseignements qui vous identifient comme la personne qui a participé au 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 cesser d'occuper 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, une preuve de naissance est essentielle au traitement de votre demande :

- **Si vous êtes né au Québec**, vous devez nous fournir un original ou une copie certifiée conforme d'un des documents suivants : Copie d'acte de mariage, certificat de naissance, copie d'acte de naissance, certificat d'état civil, attestation d'état civil ou passeport canadien valide. Notez que si ce document a été délivré par le Directeur de l'état civil (DEC), nous acceptons également la photocopie.
- **Si vous êtes né à l'extérieur du Québec**, vous devez nous fournir un original ou une copie certifiée conforme d'un des documents suivants : certificat de naissance semi-authentique émis par le DEC, copie certifiée conforme de l'acte de naissance du pays ou de la province du lieu de naissance, traduit en français ou en anglais, passeport canadien ou carte de résident permanent délivré par Citoyenneté et Immigration Canada, certificat de citoyenneté canadienne. Notez que si ce document a été délivré par le Directeur de l'état civil (DEC), par Citoyenneté et Immigration Canada ou par un organisme responsable de l'état civil d'une province canadienne, nous acceptons également la photocopie.

Si vous transmettez à la CARRA un document original, il vous sera retourné dans les plus brefs délais.

### **Partie D – Signature**

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 (RLRQ, chapitre 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 de la personne qui a participé au régime**

\_\_\_\_\_  
Nom de famille Prénom \_\_\_\_\_ Numéro d'assurance sociale \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

\_\_\_\_\_  
Nom à la naissance (s'il est différent) \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ Sexe  
 Féminin  Masculin

**Adresse de domicile**

\_\_\_\_\_  
Numéro Rue, avenue, boulevard \_\_\_\_\_ Appartement Case postale Succursale \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ville, village, municipalité \_\_\_\_\_ Province ou État Code postal Pays \_\_\_\_\_

**Autres moyens de communication**

\_\_\_\_\_  
Ind. rég. Téléphone au domicile Ind. rég. Téléphone au travail Poste \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ind. rég. Téléphone cellulaire Langue de correspondance  
 Français  Anglais

**Partie B – Renseignement relatifs à la demande**

**Nom du régime de retraite**

Inscrivez le nom du régime concerné par votre demande: \_\_\_\_\_

**Emplois multiples**

Si vous occupiez plus d'un emploi visé par le RREGOP, le RRPE, le RRCE ou le RRAPSC, avez-vous cessé d'occuper tous vos emplois? (Si vous cochez « Non », lisez le guide.)  Oui  Non

**Partie C – Document à annexer à votre demande**

Original ou copie conforme de votre certificat de naissance ou copie d'acte de naissance (si vous résidez à l'extérieur du Québec)

**Partie D – Signature**

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 après 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 vers 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 \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

## Partie E – Renseignements de l'employeur

(Cette partie doit être remplie par une personne autorisée chez l'employeur)

### Renseignements sur l'identité de l'employeur

Nom de l'employeur Numéro d'identification

### Adresse

Numéro Rue, avenue, boulevard, route rurale Case postale Numéro de ministère ou organisme

Ville, village, municipalité Province Code postal

### Autres moyens de communication

Ind. rég. Téléphone Poste Ind. rég. Télécopieur

### Renseignements sur l'identité de la personne qui a participé au régime

Nom de famille Prénom Numéro d'assurance sociale

### Renseignements d'ordre administratif

Statut de l'employé:  Permanent à temps plein  Permanent à temps partiel  Autre

### Précision concernant le lien d'emploi pour une personne ayant un statut de permanent à temps plein ou à temps partiel

Date de fin d'emploi : Année Mois Jour

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

La personne est-elle inscrite 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 cette personne n'a pas de garantie de priorité d'engagement ou d'emploi et qu'elle n'a donc pas à cesser d'occuper son emploi.

\*\* 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.

### 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.

**Renseignements financiers concernant la personne qui a participé au régime**

**Section A – Déclaration des données financières**

**a) Données financières de base**

\* Année de participation  
 \* Régime de retraite       \* Groupe       \* Numéro de calendrier CARRA  
 \*\* Numéro d'emploi       \* Corps d'emploi      Cotisation patronale       Oui       Non  
 \* Type de déclaration       \* Facteur quotidien      Base de rémunération       200       260  
 Date de début (emploi) :  Année     Mois     Jour      Date de fin (emploi) :  Année     Mois     Jour  
 \$       \$       %  
 Salaire cotisable      Cotisation salariale      Partiel - % du temps  
 \$       \$      Salaire pondéré       Oui       Non  
 Salaire non cotisable (après 35 années)  
 Année     Mois     Jour  
 Date de fin de période

**b) Échelle de salaire (base 200 jours)**

Année	Date de prise d'effet		Salaire annuel de base
	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)**

La dernière année d'emploi doit être décrite dans la section B.

**Section B – Déclaration des données financières**

**a) Données financières de base**

\* Année de participation

    
      
   
 \* Régime de retraite      \* Groupe      \* Numéro de calendrier CARRA

    
      
 Cotisation patronale       Oui       Non  
 \*\* Numéro d'emploi      \* Corps d'emploi

    
      
 Base de rémunération       200       260  
 \* Type de déclaration      \* Facteur quotidien

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.

Date de début (emploi) :      
 Date de fin (emploi) :

\$     
  \$     
  %  
 Salaire cotisable      Cotisation salariale      Partiel - % du temps

\$     
  \$     
 Salaire pondéré       Oui       Non  
 Salaire non cotisable (après 35 années)      Salaire annuel de base

La « date de fin de période » doit correspondre à la date jusqu'à laquelle des données financières sont inscrites pour l'employé, au moment où le formulaire est rempli.

Année      Mois      Jour  
  
 Date de fin de période

**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)

Numéro d'identification de l'employeur

Numéro d'assurance sociale

## Partie E – Renseignements de l'employeur (suite)

### 5. Signature de la personne autorisée chez l'employeur

J'atteste que les renseignements fournis dans la partie E de ce formulaire sont exacts et complets.

\_\_\_\_\_

Nom de famille et prénom de la personne autorisée (EN MAJUSCULES)

\_\_\_\_\_

Titre ou fonction

\_\_\_\_\_

Ind. rég. Téléphone

\_\_\_\_\_

Poste

\_\_\_\_\_

Signature de la personne autorisée

Année Mois Jour

\_\_\_\_\_

Date

*English version available upon request*

#### **Veillez retourner le formulaire signé :**

##### **Par la poste**

Commission administrative des régimes  
de retraite et d'assurances  
475, rue Saint-Amable  
Québec (Québec) G1R 5X3

##### **Par télécopieur**

418 644-8659

##### **En ligne**

[www.carra.gouv.qc.ca/infocarra](http://www.carra.gouv.qc.ca/infocarra)

#### **POUR NOUS JOINDRE**

##### **Par téléphone**

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 la liste de diffusion électronique de la CARRA vous permet d'obtenir de l'information sur les nouveautés concernant les différents régimes de retraite. Le formulaire d'inscription est accessible par notre site Web, sous l'onglet Liste de diffusion, à l'adresse [www.carra.gouv.qc.ca/liste](http://www.carra.gouv.qc.ca/liste).