

Demande de crédit d'heures complémentaires (“CHC”)

Complétez cette demande pour continuer à accumuler une rente pendant votre arrêt de travail en raison de maladie ou d'accident, ou pour un congé de maternité, parental ou d'adoption, et retournez -le avec les renseignements additionnels indiquées ci-dessous. Vous devez être âgé de moins de 65 ans et avoir préalablement rempli un *formulaire d'inscription des renseignements personnels et de désignation de bénéficiaire*.

Astuce ! une fois complété, prenez une photo de ce formulaire afin d'en conserver une copie pour vos dossiers.

1. Renseignements sur le participant

Nom de famille	Prénom	Numéro d'identification du participant			
Courriel	Téléphone (Primaire)	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)			
N° d'unité	N° municipal	Nom de rue	Ville/Municipalité	Province	Code Postal
Employeur			Date d'embauche (AAAA/MM/JJ)		

Statut d'emploi

Le crédit est fondé sur les heures déclarées par votre employeur au cours de l'année civile qui précède votre congé. Il est donc important que vous nous indiquez si vous avez été absent du travail pour une raison quelconque ou si votre situation de travail a changé (de temps plein à temps partiel ou vice versa) au cours de l'année civile précédant votre congé. Votre situation de travail a-t-elle changé au cours de l'année civile précédant votre congé ? Dans l'affirmative, veuillez préciser ci-dessous. Dans la négative, passez à la section suivante.

-à -	Date de changement à temps-partiel (AAAA/MM/JJ)	Date de changement à temps-plein (AAAA/MM/JJ)
------	---	---

Absence de (AAAA/MM/JJ) à (AAAA/MM/JJ)

2. Détail du congé

Indiquez les dates de début et de fin ci-dessous pour le type de congé qui vous concerne. Pour les congés d'invalidités et les congés préventifs, votre médecin doit remplir une déclaration (page suivante). Vous êtes responsable de tous les frais facturés par votre médecin. Si vous n'avez pas encore repris le travail, indiquez que vous n'avez pas repris le travail dans la section prévu à cet effet ci-dessous.

Invalidité (maladie ou blessure)

Vous devez faire une demande dans les 6 mois qui suivent la date de votre congé. **Déclaration du médecin requise.**

Date de début (AAAA/MM/JJ)
Date de retour au travail – Heures modifiées (AAAA/MM/JJ)
Date de retour au travail – Heures normales (AAAA/MM/JJ)

Congé préventif (invalidité résultant d'une grossesse)

Vous devez faire votre demande dans les 60 jours qui suivent votre retour au travail. **Déclaration du médecin requise.**

Date de début (AAAA/MM/JJ)
Date de retour au travail (AAAA/MM/JJ)

Maternité/Parental/Adoption

Vous devez faire votre demande dans les 60 jours qui suivent votre retour au travail. **Preuve de naissance/adoption requise.**

Date de début (AAAA/MM/JJ)
Date d'accouplement/Adoption (AAAA/MM/JJ)
Date de retour au travail (AAAA/MM/JJ)

3. Déclaration

Je certifie que les renseignements fournis dans cette demande sont véridiques et exacts. Je comprends que les informations personnelles contenues dans le présent formulaire sont collectées, stockées, utilisées et divulguées à des tiers sous contrat avec le régime pour l'administration de mes droits à une prestation. Je comprends que toutes les informations personnelles resteront confidentielles, qu'elles ne seront utilisées que pour déterminer mes droits à une prestations et que, même si je peux refuser ou révoquer mon consentement à leur utilisation, cela pourrait limiter la capacité du régime à déterminer mes droits à une prestation et ma participation au régime pourrait en être affectée. En fournissant mon adresse courriel, je consens à recevoir des communications électroniques.

Signature du participant	Date (AAAA/MM/JJ)
--------------------------	-------------------

4. Vérification (à l'usage de l'administrateur du RRECC – ne remplissez pas cette section)

Employeur	Nom du vérificateur	Titre du vérificateur
Téléphone (Primaire)	Signature du vérificateur	Date (AAAA/MM/JJ)

5. Déclaration du médecin

Autorisation du participant

J'autorise la divulgation des renseignements demandés ci-dessous au RRECC, il est entendu que ces renseignements personnels resteront confidentiels et ne seront utilisées que pour déterminer mes droits à une prestation de retraite.

Signature du participant

Numéro d'identification du participant

Date (AAAA/MM/JJ)

La section suivante de la demande doit être complétée par votre médecin.

Veuillez compléter tous les renseignements ci-dessous. Nous nous engageons à traiter de manière entièrement confidentielle toutes les informations divulguées dans le présent document et prendrons toutes les mesures nécessaires pour protéger la confidentialité de ces informations contre toute divulgation, exploitation ou abus ultérieurs. Nous nous réservons le droit de demander des informations supplémentaires, y compris, mais sans s'y limiter, un deuxième avis médical.

Renseignement sur le patient

Nom de famille du patient

Prénom du patient

Date à laquelle le patient est devenu incapable d'exercer les tâches
Régulières de sa fonction (AAAA/MM/JJ)

Nature de l'invalidité (Diagnostic)

Fréquence des visites
(Hebdomadaire/Mensuelle/Autre)

Date de la dernière visite
(AAAA/MM/JJ)

Est-ce une invalidité permanente?
(Oui/Non)

Si Non, date prévue du retour
(AAAA/MM/JJ)

Renseignement du médecin

Nom de famille du médecin

Prénom du médecin

Permis/enregistrement

Courriel

Téléphone (Primaire)

N° d'unité N° municipal Nom de rue

Ville/Municipalité

Province

Code Postal

Signature du médecin

Date (AAAA/MM/JJ)