


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 indiqués 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

<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Nom de famille			Prénom			Numéro d'identification du participant		
<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Courriel			Téléphone (Primaire)			Date de naissance (AAAA/MM/JJ)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	
N° d'unité	N° municipal	Nom de rue	Ville/Municipalité			Province	Code Postal	
<input type="text"/>			<input type="text"/>					
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 indiquiez 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.

<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>
Absence de (AAAA/MM/JJ) à (AAAA/MM/JJ)			Date de changement à temps-partiel (AAAA/MM/JJ)	Date de changement à temps-plein (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.**

<input type="text"/>
Date de début (AAAA/MM/JJ)
<input type="text"/>
Date de retour au travail – Heures modifiées (AAAA/MM/JJ)
<input type="text"/>
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.**

<input type="text"/>
Date de début (AAAA/MM/JJ)
<input type="text"/>
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.**

<input type="text"/>
Date de début (AAAA/MM/JJ)
<input type="text"/>
Date d'accouchement/Adoption (AAAA/MM/JJ)
<input type="text"/>
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.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Signature du participant	Date (AAAA/MM/JJ)

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Employeur	Nom du vérificateur	Titre du vérificateur
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone (Primaire)	Signature du vérificateur	Date (AAAA/MM/JJ)

5. Déclaration du médecin

Autorisation du participant

J'autorise la divulgation des renseignements demandées 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.

<div></div>	<div></div>	<div></div>
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

<div></div>	<div></div>	<div></div>
Nom de famille du patient	Prénom du patient	Date à laquelle le patient est devenu incapable d'exercer les tâches Régulière de sa fonction (AAAA/MM/JJ)

Nature de l'invalidité (Diagnostic)

<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
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

<div></div>			<div></div>		<div></div>
Nom de famille du médecin			Prénom du médecin		Permis/enregistrement
<div></div>			<div></div>		
Courriel			Téléphone (Primaire)		
<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
N° d'unité	N° municipal	Nom de rue	Ville/Municipalité	Province	Code Postal
<div></div>			<div></div>		
Signature du médecin			Date (AAAA/MM/JJ)		