



**RÉGIME
DE RETRAITE**
des groupes
communautaires
et de femmes

2415, rue Montgomery, Montréal (Québec) H2K 2S2
Tél. : (514) 878-4473 1-888-978-4473
Courriel : RRFS-GCF@regimeretraite.ca

WWW.REGIMERETRAITE.CA

FICHE DE CONFIRMATION PAR L'EMPLOYEUR ACTUEL

Confirmation par l'employeur actuel des années de service passé qui peuvent être rachetées

(Pour la fiche de confirmation d'un ancien employeur, voir l'annexe 1 à la fin de ce formulaire.)

Employeur :

nom

numéro RRFS-GCF

Nom de l'employéE :

A) S'il s'agit d'une période de travail avant la date d'adhésion au Régime de la personne visée :

Date d'adhésion au Régime : _____
(Première date où la personne visée a cotisé au Régime)

Date d'embauche de l'employéE : _____

Note : Si l'employéE a travaillé pour vous antérieurement, veuillez remplir également l'annexe 1 soit la fiche de confirmation d'un ancien employeur qui se trouve à la fin de ce formulaire.

B) S'il s'agit d'une période d'absence après l'adhésion au Régime de la personne visée à condition que cette personne n'ait pas cotisé au Régime pendant cette période :

Date de début de la période d'absence non-cotisée : _____

Date de fin de la période d'absence non-cotisée : _____

Motif de l'absence : _____
(Voir article 9 du Texte du Régime du RRFS-GCF.)

Durée de l'absence : _____ **ans** et _____ **mois**
(Sous réserve des plafonds, voir article 9 et annexe 4 du Texte du Régime du RRFS-GCF.)

C) Taux de cotisation patronale et salariale actuel :

_____ %

D) Salaire annuel cotisable actuel de la personne visée :

(Voir l'article 2,33 du Texte du Régime du RRFS-GCF pour la définition.)

_____ \$

Nom de la personne autorisée : _____

Signature *

Titre

Date

*Doit être signé par une personne autorisée (responsable de l'administration ou de la coordination, de la direction ou de la présidence du C.A.)