

FORMULAIRE DE DEMANDE DE MODIFICATION DU TAUX DE COTISATION

3 pages - À remettre au Comité de retraite

Régime de retraite par financement salarial des groupes communautaires et de femmes (RRFS-GCF)

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

Nom de l'employeur (groupe) :

Numéro de groupe : _____

- ▶ Il a été décidé de modifier le taux de cotisation au Régime de retraite des groupes communautaires et de femmes lors de la réunion du **Conseil d'administration** du _____
- ▶ Pour **les participantes et participants non syndiqués**, cette décision de modifier le taux de cotisation a été prise par une décision de l'équipe réunie le _____

▶ Nouveau taux de cotisation

Pour les participantes et participants actifs à l'emploi de notre groupe à la date d'entrée en vigueur, le nouveau taux de cotisation suivant a été déterminé :

Cotisation totale pour le service courant de _____% répartie comme suit :

Cotisation patronale : _____%

Cotisation salariale : _____%

Note : Le coût des engagements du Régime pour le service courant et pour amortir tout déficit actuariel sera assumé par les participants actifs au Régime. La cotisation patronale demeure, toutefois, fixe.

▶ Date d'entrée en vigueur et date d'effet du nouveau taux

La date d'entrée en vigueur de la modification et la date d'effet du ou des nouveaux taux souhaitées par notre groupe (correspondant à la première journée de paie d'une remise mensuelle de cotisations) est le : _____

▶ Si la modification est rétroactive et est antérieure à la date d'entrée en vigueur :

La date d'effet du nouveau taux de cotisation souhaitée par notre groupe est le : _____
et seul(e)s les participant(e)s actif(ve)s à la date d'entrée en vigueur (ci-haut) sont visé(e)s par cette modification.

Note : Le Comité de retraite doit adopter toute demande de modification du taux de cotisation au RRFS-GCF avant son entrée en vigueur. Le groupe demandeur sera avisé dès que la demande aura été acceptée.

Nouveau taux de cotisation

Cotisation patronale : % Cotisation salariale : %

Date d'entrée en vigueur : _____

Formulaire de demande de modification du taux de cotisation (Suite)

Régime de retraite par financement salarial des groupes communautaires et de femmes (RRFS-GCF)

Je confirme que l'avis (Préavis de modification) lorsque exigé par la législation afin d'informer les participants de la modification projetée

- a été remis à chaque employé(e) par écrit ou par un courriel qui leur a été adressé personnellement, et a été affiché par l'employeur bien en vue dans son établissement, à un endroit où ils circulent ordinairement.
- a été fourni 40 jours avant le date de la modification projetée du taux de cotisation.
- comprenait une mention à l'effet que les employé(e)s ont 30 jours pour faire connaître au Comité de retraite leur opposition aux obligations qui leur incombent en vertu de la modification du taux de cotisation.

Je confirme également que (dans le cas d'un groupe non syndiqué), au terme de la période de consultation de 30 jours prévue par la législation

- moins de 30 % des travailleuses et travailleurs visés par la modification du taux de cotisation ont fait connaître au Comité de retraite, par écrit, leur opposition aux obligations qui leur incombent en vertu du régime.

Je m'engage après l'adoption de la modification du taux de cotisation du groupe au RRFS-GCF par le Comité de retraite à fournir un avis écrit tel :

- à fournir un avis écrit à chaque travailleuse et travailleur syndiqué et non syndiqué mentionnant le nouveau taux de cotisation salarial, la date d'entrée en vigueur de la modification et la date d'effet du nouveau taux de cotisation.
- à remettre cet avis au plus 30 jours après la date où débute la perception de la nouvelle cotisation.

Formulaire de demande de modification du taux de cotisation (Suite)

Régime de retraite par financement salarial des groupes communautaires et de femmes (RRFS-GCF)

► Attestation

J'atteste que les informations incluses dans ce formulaire sont exactes.

Je confirme de plus que le

(Inscrire le nom du groupe.)

consent aux obligations qui lui incombent en vertu du Régime complémentaire de retraite ou de la *Loi sur les régimes complémentaires*.

Signé le : _____

Par : _____

Fonction : _____

Signature : _____

► Coordonnées du groupe

Adresse postale : _____

Téléphone : (_____) _____ Télécopieur : (_____) _____

Courriel : _____

Nom et courriel de la personne responsable du RRFS-GCF au sein de votre groupe :
