



### 1 Renseignements sur le participant retraité

Nom :  M<sup>lle</sup>  M<sup>me</sup> ..... Numéro d'assurance sociale (NAS) :  
 M.  Sœur  D<sup>r</sup> (nom de famille) (prénom) (initiale) .....  
 Adresse (si elle a changé depuis que vous avez cessé de toucher votre rente) :  
 ..... N° de téléphone à la maison : ( ..... ) ..... - .....  
 (numéro) (rue) (app.) (ville/municipalité) (province) (code postal)

### 2 Renseignements bancaires pour le dépôt direct de la rente (À remplir seulement si vous avez changé de banque ou d'institution financière; si cette section est laissée en blanc, les versements seront déposés à la même institution financière que la dernière fois.)

Veillez annexer à l'aide d'un trombone une formule de chèque portant la mention « annulé ». Votre numéro d'assurance sociale doit être inscrit au recto du chèque, sinon vous devez fournir les renseignements suivants :

Nom et adresse au complet de votre institution financière : .....  
 Numéro de domiciliation à cinq chiffres : ..... Votre numéro de compte : .....

### 3 Déclaration (À remplir par le participant.)

Je désire que mes versements de rente recommencent le premier du mois qui suit la date à laquelle je cesse de verser des cotisations au HOOPP. Je comprends qu'une fois que je recommencerai à toucher ma rente, je ne verserai plus de cotisations au HOOPP et n'accumulerai plus de droits à retraite. Je certifie par les présentes que les renseignements fournis sur le présent formulaire sont exacts et complets et ce, au meilleur de ma connaissance.

Date à laquelle vous cesserez de verser des cotisations au HOOPP : .....  
 jour mois année  
 Signature du participant : ..... Date : .....  
 jour mois année  
 Nom du témoin : ..... Signature du témoin : .....

### 4 Renseignements sur les dernières semaines de cotisation et les dernières cotisations (À remplir par l'employeur.)

Année	Participants actifs		Facteur d'équivalence
	Semaines de cotisation	Cotisations salariales obligatoires	
		Min.	Max.
Année en cours :	.....	..... \$	..... \$
Année précédente :	.....	..... \$	..... \$

Si aucune cotisation n'a été versée par un participant actif, veuillez expliquer : .....

### 5 Rajustement rétroactif des gains ouvrant droit à pension (À remplir par l'employeur.)

Année à laquelle s'applique le rajustement :	Montant du rajustement pour l'année :	Rajustement payé pour l'année :
.....	..... \$	..... (année courante)
.....	..... \$	..... (année précédente)
.....	..... \$	
.....	..... \$	

### 6 Renseignements sur le congé (À remplir par l'employeur.)

Nom de l'employeur : ..... Code de l'employeur : .....

Si le participant retraité était en congé (autre qu'un congé pour raison de santé) au cours des 12 derniers mois – et qu'il n'a pas versé de cotisations à l'égard du congé – veuillez indiquer la date du début et de la fin du congé.

Date du début du congé : ..... Date de la fin du congé : .....  
 jour mois année jour mois année

Si le participant retraité a versé des cotisations à l'égard d'un congé (ou a majoré ses cotisations pendant une période temporaire de gains réduits), veuillez annexer un relevé des cotisations forfaitaires dûment rempli, à moins que vous n'ayez déclaré ces cotisations au HOOPP dans un rapport MDC.

### 7 Coordonnées (À remplir par l'employeur.)

Personne-ressource de l'employeur : ..... N° de téléphone : ( ..... ) ..... - .....  
 Signature de la personne-ressource : ..... Date : .....  
 jour mois année

# DIRECTIVES

## 1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT RETRAITÉ

- Veuillez inscrire votre nom et votre numéro d'assurance sociale. Si votre adresse a changé depuis que vous avez cessé temporairement de toucher votre rente, veuillez inscrire votre nouvelle adresse.

## 2. RENSEIGNEMENTS BANCAIRES

- Si vous avez changé d'institution financière depuis que vous avez cessé temporairement de toucher votre rente, veuillez annexer une formule de chèque portant la mention « annulé » de votre nouveau compte ou donner les renseignements portant sur la nouvelle institution financière dans l'espace prévu.

## 3. DÉCLARATION DU PARTICIPANT RETRAITÉ

- Veuillez remplir cette section pour cesser de verser des cotisations au HOOPP et recommencer à toucher des prestations de retraite du HOOPP. Le service de votre rente mensuelle recommencera le premier jour du mois qui suit la date à laquelle vous avez cessé de verser des cotisations au HOOPP.
- Si vous participez au HOOPP auprès de plus d'un employeur, vous ne pouvez pas toucher une rente du HOOPP tant que vous n'aurez pas rempli une Demande de retour à la retraite pour chacun de vos employeurs du HOOPP.

## 4. RENSEIGNEMENTS SUR LES SEMAINES DE COTISATION ET LES COTISATIONS

- Déclarez le nombre total de semaines de cotisation que le participant retraité (nombre entier plus deux décimales) a accumulé depuis le début de l'année et s'il n'a pas déjà été déclaré dans un rapport MDC (Member Data Collection) l'année dernière. De plus, inscrivez les cotisations obligatoires versées aux taux minimum et maximum.
- Inscrivez le facteur d'équivalence (FE) du participant retraité pour l'année en cours (et, le cas échéant, pour l'année précédente).

## 5. RAJUSTEMENT RÉTROACTIF DES GAINS OUVRANT DROIT À PENSION

- Veuillez remplir cette section si le participant retraité a reçu un rajustement salarial rétroactif qui n'a pas été déclaré au HOOPP dans votre rapport MDC. Inscrivez l'année ou les années auxquelles s'applique le rajustement rétroactif des gains ouvrant droit à pension, le montant du rajustement pour chaque année et l'année ou les années – courante ou précédente – pendant lesquelles le rajustement a été payé au participant. (N'inscrivez que les rajustements rétroactifs qui s'appliquent aux années pendant lesquelles l'employé avait réintégré le HOOPP.)

## 6. RENSEIGNEMENTS SUR LE CONGÉ

- Si le participant retraité était en congé (autre qu'un congé pour raison de santé) au cours des 12 derniers mois et qu'il n'a pas versé de cotisations à l'égard du congé, veuillez indiquer la date du début et de la fin du congé. Si le participant retraité a versé des cotisations à l'égard d'un congé ou a majoré ses cotisations pendant une période temporaire de gains réduits et que ces cotisations n'ont pas encore été déclarées dans un rapport MDC, veuillez annexer un relevé des cotisations forfaitaires dûment rempli.

## 7. COORDONNÉES

- Veuillez apposer votre signature et la date. N'oubliez pas d'écrire votre numéro de téléphone afin que nous puissions vous joindre en cas de besoin.