



# Demande de prestation du régime OMERS

(Ce formulaire est réservé à l'employeur)

Remplissez ce formulaire en cas de cessation d'emploi, d'invalidité, de départ à la retraite ou de décès d'un participant. Reportez-vous à la page 5 pour plus de détails.



**Effectuez vos formalités administratives pour OMERS en ligne!** Utilisez **e-access** pour la plupart de vos formalités administratives pour OMERS, y compris le formulaire **e-143**. Il est en ligne, il est sécurisé et il comprend des conseils et des validations pour accélérer et simplifier vos déclarations.

## Important – Régime complémentaire!

S'il s'agit d'une demande de prestation pour un participant au régime complémentaire, vous devez utiliser le formulaire **e-143** dans **e-access**.

Remplissez les sections 1 à 3. **Vous devez signer à la section 4** pour autoriser la demande.

Envoyez le formulaire rempli et signé à OMERS par la poste ou par télécopieur (voir l'adresse et le numéro de télécopieur à la page 5).

En cas d'envoi par télécopieur, ne postez **pas** l'original. Inscrivez votre numéro de groupe et le numéro d'assurance sociale du participant à la partie supérieure de chaque page.

Les renseignements personnels sont recueillis aux fins de l'administration des rentes en vertu de l'article 35 de la *Loi de 2006 sur OMERS*. OMERS ne partage les renseignements personnels avec quiconque à des fins autres que l'administration des régimes de retraite.

Pour toute question au sujet de la collecte de renseignements personnels, s'adresser au Service à la clientèle d'OMERS au 1-800-387-0813.

## Section 1 – à remplir pour toutes les demandes

### 1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Numéro de groupe		Numéro d'assurance sociale		Date de naissance (m/j/a)	Numéro de téléphone – le jour ( )	
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/> M <sup>lle</sup> <input type="checkbox"/> Autre :		Nom		Premier prénom		Deuxième prénom
Adresse (numéro et rue)				Ville		Province Code postal

### 2. RAISON DE LA DEMANDE

Veillez choisir une des options suivantes (en caractères **gras**). Reportez-vous à la page 5 pour plus de détails.

**Cessation d'emploi** Choisissez cette option en cas de cessation d'emploi du participant. La cessation d'emploi est-elle due à un dessaisissement?

Non  Oui — Si oui, remplissez le *formulaire 182 – Renseignements de dessaisissement – participant*.

**Invalidité** Choisissez cette option pour présenter une demande de prestation d'invalidité pour un participant invalide. Remplissez toutes les zones pertinentes. Veuillez joindre à ce formulaire le *formulaire 147 – Certificat d'invalidité totale* ou tous autres documents médicaux que vous pouvez avoir.

Taux de salaire cotisable annuel à la dernière date de cotisation du participant (voir la remarque à la page 5)  \$

Si le participant relevait de la catégorie Autre que permanent à temps plein, veuillez préciser le pourcentage des heures à temps plein **OU** le nombre de mois travaillés par le participant chaque année. (Excluez la période de chaque année non travaillée par le participant).

% des heures à temps plein	%	<b>ou</b>	Mois travaillés par année
----------------------------	---	-----------	---------------------------

Période de chaque année non travaillée par le participant (concerne normalement les conseils scolaires)

De (m/j)	A (m/j)
----------	---------

Le participant a-t-il fait une demande d'indemnité à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT)?

Oui — Quelle est la situation de la demande?  Approuvée  Indemnité mensuelle \$  Refusée  En cours d'appel  Approbation pendante

Non — Veuillez nous signaler toute demande d'indemnité faite à la CSPAAT par le participant à l'avenir.

Le participant a-t-il fait une demande de rente d'invalidité de longue durée (ILD)?

Oui —  Approuvée  Refusée  En cours d'appel  Approbation pendante

Non

Le participant a-t-il cotisé à OMERS pour le délai de carence d'invalidité?

Oui — indiquez les cotisations correspondant au délai de carence d'invalidité, le salaire et le service, et les renseignements à la page 3.

Non

Numéro de groupe (pour télécopie)	Numéro d'assurance sociale (pour télécopie)
-----------------------------------	---

**Retraite** Choisissez cette option si le participant part à la retraite.

**Conseil!** Le versement d'une prestation au participant peut être accéléré en remplissant l'Option de choix anticipé à la page 4.

**Décès** Choisissez cette option en cas de décès du participant. Remplissez toutes les zones pertinentes.

Date du décès (m/j/a)

--	--	--

Y a-t-il un conjoint admissible?  Oui  Non  Je ne sais pas

Y a-t-il des enfants admissibles?  Oui — Précisez le premier prénom et le nom, et la date de naissance  Non  Je ne sais pas de chaque enfant (si connus) sur une page supplémentaire.

Demandeur ou autre personne que nous pouvons contacter :

<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/> M <sup>lle</sup> <input type="checkbox"/> Autre :	Nom	Premier prénom	Deuxième prénom	
Adresse (numéro et rue)		Ville	Province	Code postal
Numéro de téléphone – le jour (      )		Télécopieur (      )	Courriel	

**Lien de parenté ou autre avec le participant :**

Conjoint — Numéro d'assurance sociale du conjoint (facultatif)  Enfant  Bénéficiaire

Autre — Précisez

### Section 3 – à remplir par l'employeur pour toutes les demandes

#### 3. RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI

Reportez-vous à la page 5 pour plus de détails.

Date de la fin de l'emploi (m/j/a)

--	--	--

Si cette demande porte sur une invalidité, indiquez le dernier jour de travail du participant.

En cas de différence entre la Date de la fin de l'emploi et la Date de fin des cotisations, veuillez préciser :

Date de fin des cotisations (m/j/a)

--	--	--

et préciser la raison de la différence :  Paie de maladie  Paie de vacances  Congé autorisé  Autre —

Précisez

**Changement de situation d'emploi : Ne remplir cette section que si la situation d'emploi du participant a changé au cours des 6 dernières années et que vous ne l'avez pas signalé à OMERS.**

**Conseil!** Si vous n'êtes pas certain d'avoir signalé le changement de la situation d'emploi à OMERS, vérifiez le dossier du participant au moyen de e-access.

Date du changement (m/j/a)

--	--	--

Nouvelle situation d'emploi :  Permanent à temps plein  Autre que permanent à temps plein

Indiquez le salaire cotisable, le service crédité et les cotisations du participant correspondant à chaque situation d'emploi durant l'année où sa situation d'emploi a changé.

	Temps plein	Autre que permanent à temps plein
Salaire cotisable		
Service crédité (mois)		
Cotisations		

Numéro de groupe (pour télécopie)	Numéro d'assurance sociale (pour télécopie)
-----------------------------------	---

### Rappel – Régime complémentaire

S'il s'agit d'une demande de prestation pour un participant au régime complémentaire, vous devez utiliser le formulaire e-143 dans e-access.

### Renseignements récents sur le salaire et le service

Veillez fournir les renseignements suivants pour l'année civile courante et l'année dernière. N'indiquez pas les renseignements pour l'année dernière si vous les avez déjà fournis au moyen du formulaire 119. Si vous modifiez des renseignements fournis précédemment, veuillez l'indiquer au-dessus de la colonne. Incluez tout délai de carence d'invalidité que le participant a acheté mais pas le service interrompu ou congé de maternité/parental qui a été acheté.

Cette année (aa) \_\_\_\_\_

L'année dernière (aa) \_\_\_\_\_

Je modifie les renseignements déjà fournis au moyen du formulaire 119.

Salaire cotisable*		
Service crédité (mois)		
Facteur d'équivalence (FE)		
Cotisations au RRA du régime principal		
Cotisations à la CR du régime principal		
Nombre périodes de paie		

Situation de décembre avec report de paiement

\*Si la différence entre le salaire cotisable de cette année et celui de l'année dernière dépasse 20 %, quelle est la raison de la différence?

Salaire rétroactif (veuillez remplir la section suivante)

Autre — Précisez

**Salaire rétroactif : Ne remplir cette section que si le participant a touché un salaire rétroactif au cours des 6 dernières années et que vous ne l'avez pas signalé à OMERS.**

Année de paiement du salaire rétroactif

Détail du montant affecté à chaque année :

Année	Montant
	\$
	\$
	\$
	\$
	\$
	\$
Montant total	\$

## Section 4 – à remplir par l'employeur pour toutes les demandes

### 4. AUTORISATION

En signant ci-dessous, j'atteste que tous les renseignements indiqués dans ce formulaire sont véridiques et exacts.

Nom de l'employeur	Personne-ressource (en lettres moulées S.V.P.)	Titre
Numéro de téléphone ( )	Numéro de télécopieur ( )	Par l'indication de mon adresse électronique ci-dessous, j'autorise OMERS à me contacter par courriel pour obtenir des précisions au sujet de ce participant.
Signature du signataire autorisé	Date (m/j/a)	Courriel

Numéro de groupe (pour télécopie)	Numéro d'assurance sociale (pour télécopie)

## Option de choix anticipé (valable uniquement pour la retraite normale ou anticipée)

Cette section ne concerne que les participants qui partent à la retraite et souhaitent toucher leur rente de retraite plus rapidement en renonçant à leur droit d'obtenir certains renseignements sur leur rente de retraite normalement fournis par OMERS avant le début du service de leur rente.

Conformément à la *Loi sur les régimes de retraite* de l'Ontario, les participants ont le droit d'obtenir certains renseignements sur leur rente de retraite et autres options avant qu'OMERS procède au traitement de leur rente de retraite. Mais les participants peuvent renoncer à leur droit à ces renseignements pour obtenir leur rente de retraite plus rapidement.

Pour se prévaloir de cette option, le participant doit signer la renonciation ci-dessous et annexer les documents exigés à ce formulaire.

## Documents exigés pour le choix anticipé

### 1. Un chèque portant la mention «annulé» (ou une photocopie) ou les renseignements de dépôt bancaire suivants :

Nom et adresse de la banque		
Numéro de la banque	Numéro de domiciliation bancaire	Numéro du compte bancaire
Numéro de téléphone de la banque		

### 2. Preuve de l'âge

Nous acceptons la photocopie **lisible** d'un des documents suivants à titre de preuve de l'âge :

- certificat de naissance
- passeport canadien
- certificat de baptême
- attestation de citoyenneté canadienne
- documents d'adoption
- certificat de statut d'Indien
- enregistrement de naissance canadien
- permis de conduire canadien

Si le participant n'a aucun des documents figurant dans la liste ci-dessus, veuillez envoyer la photocopie de **deux** des documents figurant dans la liste ci-dessous, à condition qu'ils indiquent la date de naissance du participant :

- extrait d'acte de mariage
- extrait de bible familiale
- attestation scolaire
- carte d'attestation de majorité
- attestation militaire
- déclaration solennelle
- passeport étranger
- document d'immigration canadienne

Pour que le traitement ne soit pas retardé, veuillez vous assurer que la photocopie est bien lisible.

### 3. Formulaires fiscaux TD1 – fédéral et provincial – remplis (résidents canadiens uniquement). Si vous ne produisez pas de formulaires TD1 remplis, nous calculerons l'impôt sur le revenu d'après les montants personnels de base.

## Renonciation à signer par le participant

En signant ci-dessous, je confirme que j'ai décidé de faire ce choix de rente avant de recevoir tous les renseignements auxquels je peux avoir droit conformément à la *Loi sur les régimes de retraite* de l'Ontario pour accélérer le traitement de ma demande de rente de retraite. Il est entendu que je recevrai une *confirmation de rente de retraite* donnant des précisions sur ma rente de retraite et un livret sur la rente de retraite lorsque ma demande de rente aura été traitée. Enfin, il est entendu que si j'ai une prestation du régime complémentaire d'OMERS, ce choix et les renseignements bancaires ci-dessus s'appliquent également à cette prestation.

Signature du participant	Date (m/j/a)

**Conseil!** Pour que le traitement ne soit pas retardé, veuillez vous assurer que tous les documents exigés sont envoyés à OMERS avec le formulaire de choix anticipé.

# Instructions à l'employeur

## Rappel – Régime complémentaire

S'il s'agit d'une demande de prestation pour un participant au régime complémentaire, vous devez utiliser le formulaire e-143 dans e-access.

Remplissez le formulaire 143 dans les cas suivants : cessation d'emploi, invalidité, départ à la retraite ou décès d'un participant.

- Pour les départs à la retraite, le formulaire peut être soumis jusqu'à 60 jours avant la date de la retraite.
- Dans la mesure du possible, attendez d'avoir toutes les données et chiffres de salaire et de service avant de soumettre le formulaire.
- N'utilisez pas ce formulaire dans les cas suivants :
  - le participant bénéficie de l'exonération des cotisations en raison d'invalidité – utilisez le *formulaire 158 – Changement de situation d'emploi/demande de prestation*;
  - la cessation d'emploi est due à un dessaisissement – utilisez le *formulaire 182 – Renseignements de dessaisissement – participant*;
  - grief (appel) au sujet de la cessation d'emploi; consultez la section 14.1.3 de notre *Employer Administration Manual en ligne*.
- Si ce n'est pas déjà fait, veuillez nous signaler tout service admissible que peut avoir le participant.
- Si le ou la participant(e) était en congé de maternité/parental ou avait une période de service interrompue, annexe les formulaires de choix de période d'absence non fournis.

## PARTIE 2 : RAISON DE LA DEMANDE

### Invalidité

- Sous **Taux de salaire cotisable annuel à la dernière date de cotisation du participant**, inscrivez le taux de salaire effectif immédiatement avant la date à laquelle le participant est devenu invalide. N'annualisez **pas** le salaire pour les participants de la catégorie Autre que permanent à temps plein (APTP).
- Le salaire cotisable du participant est réputé être le taux de salaire cotisable annuel pour lequel le participant a versé des cotisations.
- Le service crédité indiqué sous **% des heures à temps plein ou Mois travaillés par année** doit concorder avec le **Taux de salaire cotisable annuel** indiqué plus haut. (Cette zone ne concerne que les participants APTP.)

**Exemple :** Inscrivez 25 000 \$ pour 10,66 mois travaillés par année ou 25 000 \$ pour 88,83 % d'heures à temps plein.

- Si le participant choisit une rente d'invalidité d'OMERS, cela peut entraîner la réduction de tout paiement d'ILD. Si le participant touche également une indemnité de la CSPAAAT, la rente d'invalidité d'OMERS risque d'être réduite. Pour plus de détails, veuillez consulter le *Employer Administration Manual* dans notre site Web.

### Retraite

- Si vous choisissez cette option pour un participant qui n'est pas encore admissible à une rente de retraite, nous traiterons la demande comme s'il s'agissait d'une cessation d'emploi. (Le participant recevra un formulaire de demande de prestation et les options comprendront celle d'une rente à une date ultérieure dès qu'il y sera admissible.)

## PARTIE 3 : RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI

### Délai de carence d'invalidité

- Les renseignements sur le délai de carence d'invalidité doivent être soumis au moyen du formulaire 143.

### Salaire cotisable

Incluez :

- le salaire présumé pour les délais de carence d'invalidité achetés.
- les paiements de salaire rétroactif. (Indiquez les précisions sur le salaire rétroactif à la section suivante.)

N'incluez **pas** :

- le salaire annualisé (participant PTP ou APTP).
- le salaire présumé pour les périodes d'absence.

### Service crédité

- Indiquez le service crédité calculé à deux décimales.
- Incluez le service crédité pour les délais de carence d'invalidité achetés.
- N'incluez **pas** le service crédité pour les périodes d'absence achetées. Les périodes d'absence doivent être déclarées au moyen du *formulaire 165 – Déclaration de période d'absence/choix*.

### Facteur d'équivalence

- Aux fins du FE, supposez que le participant achètera le congé de maternité/parental, sauf s'il vous a remis un formulaire de choix signé indiquant le refus d'achat.
- N'incluez **pas** le service interrompu (y compris les congés d'urgence) dans le FE, sauf si le participant a choisi d'acheter la totalité ou une partie de la période d'absence.
- Si le participant a atteint 35 années de service crédité dans l'année, calculez le FE d'après le service jusqu'à la date à laquelle le participant a atteint 420,00 mois de service crédité. Si le participant a atteint 35 années avant l'année pour laquelle vous faites une déclaration, le FE est nul.
- Pour un participant bénéficiant de l'exonération des cotisations en raison d'invalidité, ne déclarez un FE que pour le délai de carence acheté et les parties de l'année pendant lesquelles le participant travaillait effectivement. N'indiquez **pas** de FE pour le délai de carence d'invalidité – OMERS déclare le FE pour cette période.
- Si le participant est décédé, indiquez zéro dans l'année du décès.

### Cotisations (RRA et CR du régime principal)

- Indiquez les cotisations à un régime de retraite agréé (RRA) dans la zone des **Cotisations au RRA du régime principal** et les cotisations à la convention de retraite dans la zone des **Cotisations à la CR du régime principal**.
- Indiquez les cotisations correspondant aux délais de carence d'invalidité achetés.
- N'incluez **pas** les cotisations pour les périodes d'absence achetées (service interrompu et congés de maternité/parental).
- Incluez les cotisations prélevées sur les paiements de salaire rétroactif. (Utilisez le taux de cotisation de l'année à laquelle le paiement rétroactif s'applique.)

Pour les situations survenues en décembre alors que le salaire est versé l'année suivante (report sur l'année suivante), cochez la case **Situation de décembre avec report de paiement**. Indiquez aussi sur une page supplémentaire (ou dans le tableau) le détail du salaire cotisable et des cotisations versées chaque année.

**Exemple :** Un participant met fin à son emploi le 31 décembre 2007 mais sa dernière semaine de décembre lui est payée en 2008. Indiquez séparément d'une part le salaire cotisable et les cotisations versées en 2007 et d'autre part le salaire cotisable et les cotisations versées en 2008.