



Changement de situation d'emploi/demande de prestation

(pour participant bénéficiant de l'exonération des cotisations en raison d'invalidité)

Formulaire à utiliser pour déclarer un changement de situation d'emploi ou demander une prestation uniquement pour un participant bénéficiant de l'exonération des cotisations en raison d'invalidité. Remplissez les sections 1 et 2 pour aviser OMERS d'un changement de situation d'emploi. Remplissez les sections 1, 2 et 3 pour demander une prestation du régime OMERS.

N'utilisez pas ce formulaire pour demander une prestation d'invalidité pour un participant **actif**. Utilisez le *Formulaire 143 – Demande de prestation du régime OMERS*.

Après avoir rempli et signé le formulaire, veuillez l'envoyer à **OMERS, 1, avenue University, bureau 700, Toronto ON M5J 2P1** ou le télécopier au **416-369-9704** ou au numéro sans frais **1-877-369-9704**. En cas d'envoi par télécopieur, veuillez vérifier que votre numéro de groupe et le numéro d'assurance sociale du participant sont bien indiqués à la partie supérieure de **chaque** page, et ne **postez pas** l'original.

Sections 1, 2, 3 et 4 – à remplir par l'employeur

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

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

2. CHANGEMENT DE LA SITUATION D'EMPLOI

A-t-il été mis fin à l'emploi du participant? Oui — Non

Si vous ne déclarez que la fin de l'emploi du participant, l'exonération continuera et le participant sera réputé être votre employé aux fins de la rente de retraite jusqu'à ce qu'il ait droit à une rente de retraite anticipée ou normale ou à une rente d'invalidité, ou qu'il n'ait plus droit à l'exonération des cotisations en raison d'invalidité.

Le participant est-il retourné au travail? Oui — Non
 Si le participant est retourné au travail pour faire un travail de réadaptation, remplissez le *Formulaire 152 – Avis de travail de réadaptation*.

3. DEMANDE DE PRESTATION DU RÉGIME OMERS

Veuillez préciser laquelle des trois options est visée par cette demande :

Rente d'invalidité
 Pour avoir droit à une rente d'invalidité, le participant doit remplir les conditions de la définition d'OMERS de l'invalidité totale et permanente. Une rente d'invalidité ne peut pas être antidatée lorsque le participant bénéficie de l'exonération des cotisations en raison d'invalidité.

Indiquez la fin du mois comme date de *Fin de l'exonération*; le service de la rente d'OMERS commencera au début du mois suivant.

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 — Veuillez remplir ci-dessous :

Approuvée \$ Totale/intégrale Partielle Temporaire
 Refusée En cours d'appel Approbation en instance

Non — Si une indemnité de la CSPAAT est accordée au participant à l'avenir, veuillez en informer OMERS par écrit.

suite à la page 2

RÉSERVÉ À OMERS

Numéro d'adhésion à OMERS

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

Le participant a-t-il demandé une prestation de votre régime d'assurance invalidité de longue durée (ILD)?

Oui — Veuillez remplir ci-dessous :

Approuvée Touche une prestation Cessation de la prestation le
 Refusée En cours d'appel Approbation en instance

Date (aa/mm/jj)

Non — Si une prestation d'ILD est accordée au participant à l'avenir, veuillez en informer OMERS par écrit.

Remarque : La prestation d'ILD pourra être réduite si une rente d'invalidité d'OMERS est accordée au participant.

Retraite

Une rente de retraite anticipée ne peut pas être antidatée lorsque le participant bénéficie de l'exonération des cotisations en raison d'invalidité.

Fin de l'exonération (aa/mm/jj)

Indiquez la fin du mois comme date de *Fin de l'exonération*; le service de la rente d'OMERS commencera au début du mois suivant.

Décès

Date du décès (aa/mm/jj)

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

Y a-t-il des enfants admissibles? Oui — Précisez les dates de naissance (si connues) sur une page supplémentaire. Non Ne sais pas

Coordonnées pour renseignements :

<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> M ^{lle} <input type="checkbox"/> Autre :	Nom du demandeur ou de la personne que nous pouvons contacter	Premier prénom	Deuxième prénom	
Adresse (numéro et rue)		Ville	Province	Code postal
Numéro de téléphone – le jour ()				

Lien de parenté ou autre avec le participant :

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

Autre — Précisez

4. AUTORISATION (à remplir par l'employeur)

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 (aa/mm/jj)	Adresse électronique de la personne-ressource

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

Section 5 – à remplir par le participant

5a. OPTION DE CHOIX ANTICIPÉ (valable uniquement pour la retraite)

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 les renseignements de dépôt bancaire suivants :

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

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 une photocopie **lisible** 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

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 choisis de toucher ma rente de retraite du régime de retraite OMERS comme indiqué ci-dessus. Je confirme que j'ai décidé de faire ce choix 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.

Signature du participant	Date (aa/mm/jj)	Signature du témoin	Date (aa/mm/jj)
--------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

5b. AUTORISATION DE RENONCIATION À UNE PRESTATION D'INVALIDITÉ

En signant ci-dessous :

Il est entendu que je peux choisir de toucher une prestation d'invalidité d'OMERS tant que je serai totalement invalide. Mais je choisis de retirer ma demande de cette prestation, ou d'annuler ma prestation d'invalidité existante. Il est entendu que ce faisant, je renonce au droit de toucher une rente d'invalidité ou de bénéficier de l'exonération des cotisations en raison d'invalidité d'OMERS maintenant comme à l'avenir, pendant la période qui débute à la date de la «fin de l'exonération» indiquée à la section 3.

Signature du participant	Date (aa/mm/jj)	Signature du témoin	Date (aa/mm/jj)
--------------------------	-----------------	---------------------	-----------------

Renseignements sur le témoin (en lettres moulées s.v.p.)

<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> M ^{lle} <input type="checkbox"/> Autre :	Nom	Premier prénom	Deuxième prénom
Adresse (numéro et rue)		Ville	Province Code postal