



Preuve de service validable

Remplissez ce formulaire pour confirmer qu'un participant a du service validable dans le cadre du régime d'OMERS. Le service validable représente le service auprès d'un employeur participant à OMERS qui ne compte pas comme du service crédité dans le cadre du régime d'OMERS. Pour en savoir plus, consultez le paragraphe « 15.3.2. Eligible Service » du manuel d'administration en ligne de l'employeur participant à OMERS.

Dès réception de la confirmation de service validable, OMERS enverra automatiquement le coût de rachat pour la ou les périodes de service validable au participant.

Le participant remplit la section 1 de ce formulaire. L'employeur précédent (où l'emploi a eu lieu) remplit les sections 2 et 3.

Si l'employeur précédent n'est pas en mesure de remplir le présent formulaire, c.-à-d. que les dossiers ne sont pas disponibles, le participant peut remplir un *Formulaire 169 – Déclaration solennelle comme preuve de service non crédité éligible – participant*.

Envoyez à OMERS, par la poste ou par télécopieur, le formulaire dûment rempli et signé. Si vous le télécopiez, ne postez pas l'original.

OMERS recueille des renseignements personnels afin d'administrer ses régimes de retraite en vertu de l'article 35 de la *Loi de 2006 sur le Régime de retraite des employés municipaux de l'Ontario* et ne les communique pas à qui que ce soit, si ce n'est aux fins de l'administration des régimes de retraite. Quiconque fournit des renseignements personnels est considéré comme consentant à leur utilisation à ces fins. La collecte, l'utilisation, la conservation et la destruction des renseignements personnels sont assujetties à notre politique de confidentialité, qui se trouve dans le site www.omers.com.

Toute question concernant la collecte de renseignements personnels doit être adressée au Service à la clientèle d'OMERS au 1-800-387-0813.

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

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

2. RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI PRÉCÉDENT

Numéro de groupe	Nom de l'employeur
------------------	--------------------

Veuillez indiquer toutes les périodes de l'emploi précédent :

Début de période (j/m/a)	Fin de période (j/m/a)	Début de période (j/m/a)	Fin de période (j/m/a)	Début de période (j/m/a)	Fin de période (j/m/a)

Situation d'emploi (pour les périodes indiquées ci-dessus) :

Permanent à temps plein

Autre que permanent à temps plein

% des heures à temps plein, à l'exclusion, le cas échéant, de la période de chaque année pendant laquelle le participant n'a pas travaillé

Exemple : Inscrivez 50 % si l'employé n'a travaillé que pendant cinq mois de sa période de service de 10 mois. Inscrivez 100 % pour un employé contractuel qui travaille à temps plein ou pour un employé qui a travaillé pendant les 10 mois de sa période de service de 10 mois.

Période de chaque année pendant laquelle le participant n'a pas travaillé
(concerne normalement les conseils scolaires)

De (j/m)	À (j/m)
----------	---------

Le service du participant a-t-il été interrompu?

Non Oui — Veuillez préciser :

Début de l'absence (j/m/a)	Fin de l'absence (j/m/a)	Congé de maternité/parental? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Début de l'absence (j/m/a)	Fin de l'absence (j/m/a)	Congé de maternité/parental? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Début de l'absence (j/m/a)	Fin de l'absence (j/m/a)	Congé de maternité/parental? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Numéro de groupe	Numéro d'adhésion à OMERS
------------------	---------------------------

3. RENSEIGNEMENTS SUR L'ANCIEN RÉGIME DE RETRAITE

Avez-vous été participant à un régime de retraite agréé (autre que le Régime de pensions du Canada) au cours de la période de service indiquée à la Section 2?

Oui Non

Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom du régime de retraite agréé	Numéro d'agrément du régime	Date de votre adhésion au régime (j/m/a)
---------------------------------	-----------------------------	--

4. AUTORISATION DE L'EMPLOYEUR

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