

DEMANDE POUR LE RÉGIME DE CONGÉ DE SALAIRE DIFFÉRÉ

À:

Sous-ministre / Administrateur en chef ou désignée

Ministère / Établissement ou Organisme

De:

Nom de famille

Prénom

Autre prénom

Numéro d'assurance social

Date de naissance

Téléphone au domicile

Adresse:

Rue

Ville

Province

Code Postale

Travail:

Lieu de travail

Classification

Unité syndicale

Téléphone au travail

Rue

Ville

Province

Code Postale

Veuillez accepter ma demande de participation au régime de congé de salaire différé conformément aux règlements du régime (voir *System de Manuel d'Administration AD-2408*). Ma demande est assujettie aux conditions suivantes :

1) **Entrée en vigueur du congé :** _____

a. Je désire participer au régime de congé de salaire différé et débiter les retenues à la première période de paie (Choisi une option) :

1^e janvier _____ 1^e juillet _____
Année Année

b. Ma période de cotisation est la suivante (choisi un):

| | Période de cotisations | Année du congé | Partie du salaire à être différé |
|--------------------------|------------------------|----------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 2 ans | 3 ^e année | _____ % |
| <input type="checkbox"/> | 3 ans | 4 ^e année | _____ % |
| <input type="checkbox"/> | 4 ans | 5 ^e année | _____ % |
| <input type="checkbox"/> | 5 ans | 6 ^e année | _____ % |
| <input type="checkbox"/> | 6 ans | 7 ^e année | _____ % |

c. Je désire acheter _____ mois de congé de la période du _____ au _____
Mois, année Mois, année

d. Je comprends que je peux maintenir ma protection d'assurance-vie, d'assurance en cas de décès ou de mutilation par accident, d'invalidité de longue durée et de soins médicaux et dentaires jusqu'à 12 mois. _____

Initiales

2) **L'employé doit être exonéré de toute responsabilité ou action découlant de l'application du présent régime de congé de salaire différé :**

Signature de l'employée

Date

3) **Approuvé par le Sous-ministre / Administrateur en chef ou désigné :**

Nom écrit lettres moulé

Titre de position

Signature

Date

Numéro de compte (laisser vide)

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Retourner à: Avantages sociaux des employés, Finances et conseil du trésor, Fredericton NB E3B 5H1
OU envoyer par courriel le document numériser au EB2934@gnb.ca