



**DEMANDE INITIALE -
RÉDUCTION DU TAUX DE COTISATION D'A.-E.**

NOTA : Si vous demandez une réduction du taux de cotisation pour plus d'un numéro de compte de paie à l'Agence du revenu du Canada (ARC) vous devez remplir un formulaire de demande pour chacun des numéros de compte. VOUS DEVEZ SOUMETTRE UN EXEMPLAIRE COMPLET DE CHAQUE RÉGIME D'ASSURANCE-INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE QUE VOUS VOULEZ ENREGISTRER.

Pour de plus amples renseignements, veuillez vous référer à ce guide ou téléphoner au 1 800 561-7923

1. Compte de paie à l'ARC		R	P
2. a) Raison sociale			
b) Nom commercial (s'il y a lieu)			
3. Adresse			
Ville		Prov.	Code postal
4. Personne-ressource (lettres moulées)		N° de téléphone ()	
Titre		N° de télécopieur ()	
		Adresse courrier électronique	
5. Nombre d'employés pour qui vous payez des cotisations d'AE dans le cadre de ce compte de paie à l'ARC.			<input type="text"/>
6. Parmi le nombre d'employés indiqué à la question 5,			
a) combien sont couverts par votre régime d'assurance-invalidité de courte durée (y compris ceux qui se trouvent dans la période d'admissibilité du régime)?			<input type="text"/>
b) combien de ces employés sont membres d'un syndicat?			<input type="text"/>
Veuillez nous faire parvenir une copie de la convention collective de chacun des syndicats couverts par un régime.			

Remise aux employés des 5/12 de la réduction de cotisation

La méthode de 5/12 peut être décrite dans une entente mutuelle que l'employeur et les employés, ou leur représentant, ont signé. Vous devez nous faire parvenir une copie de ce document (voir l'exemple dans le guide). Si toutefois vous n'avez pas d'entente mutuelle, veuillez répondre aux questions suivantes :

7. a) Quelle méthode prendrez-vous pour remettre à vos employés 5/12 des économies faites grâce à la réduction de la cotisation d'AE?	

b) Cette méthode est un nouvel avantage <input type="checkbox"/>	OU
un avantage amélioré <input type="checkbox"/>	
8. Cet avantage sera-t-il offert à tous les employés couverts par votre régime d'assurance-invalidité de courte durée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
9. Si la méthode que vous choisissez n'est pas en argent comptant, quels seront les coûts annuels, par employé, prévus de cet avantage?	_____ \$
10. Cet avantage sera-t-il offert pendant l'année de la réduction ou à l'intérieur des quatre premiers mois de l'année suivante?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

EN SOUMETTANT CE FORMULAIRE, VOUS DÉCLAREZ QU'À VOTRE CONNAISSANCE L'INFORMATION CONTENUE DANS CE FORMULAIRE EST VRAIE ET EXACTE.

_____ Responsable

_____ Titre

_____ Date

RÉSERVÉ AU BUREAU				
Dossier :	Date de la demande :	Date de l'envoi :	Agent :	Date d'approbation :

Programme de réduction du taux de cotisation d'a.-e.

120, boulevard Harbourview

C.P. 11 000

Bathurst (N.-B.) E2A 4T5

Tél. : 1-800-561-7923

Télec. : 1-506-548-7473

Internet : <http://www.rhdcc-hrsdc.gc.ca/prp-prtc>