

À l'usage de l'administration
seulement

recours collectif RELATIF AU RÉGIME DE RETRAITE DES CASC

Privé et confidentiel

Veillez taper ou écrire vos coordonnées en caractères
d'imprimerie dans les cases ci-dessous.

Réclamant principal

Vous êtes un Réclamant principal si vous présentez une réclamation pour votre propre compte.

Représentant d'un Récla-

Vous êtes le représentant d'un Réclamant si vous présentez une réclamation pour le compte d'une autre personne.

SECTION I : IDENTIFICATION DU RÉCLAMANT PRINCIPAL OU DE LA PERSONNE POUR LE COMPTE DE QUI VOUS PRÉSENTEZ UNE RÉCLAMATION VOUS PRÉSEN- TEZ UNE RÉCLAMATION VOUS PRÉSENTEZ UNE RÉCLAMATION

À REMPLIR POUR TOUTES LES RÉCLAMATIONS

Préfixe

M. Mme Mlle

Prénom

Nom

Adresse

Adresse

Ville

Province

Code postal

Numéro de téléphone (résidence)

Numéro de téléphone (travail)

Numéro de téléphone (cellulaire)

Numéro de téléphone (télécopieur)

Courriel

Date de naissance

Numéro d'assurance sociale (NAS)

M M / J J / A A A A

SECTION II : IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT

À REMPLIR SEULEMENT SI VOUS PRÉSENTEZ UNE RÉCLAMATION À TITRE DE représentant D'UN RÉCLAMANT, NOTAMMENT À TITRE DE REPRÉSENTANT SUCCESSORAL, D'EXÉCUTEUR TESTAMENTAIRE, D'ADMINISTRATEUR DE SUCCESSION, D'héritier, D'AYANT DROIT ou DE FIDUCIAIRE DE BÉNÉFICIAIRES D'UNE PENSION D'UN *cas*c (VOIR DANS LE BAS DE LA PRÉSENTE CASE).

LA SECTION I DOIT ÊTRE REMPLIE ET UNE PREUVE D'AUTORISATION D'AGIR À TITRE DE REPRÉSENTANT DU BÉNÉFICIAIRE D'UNE PENSION D'UN *cas*c DOIT ACCOMPAGNER LA RÉCLAMATION.

Préfixe

M. Mme Mlle

Prénom

Nom

Adresse

Adresse

Ville

Province

Code postal

Numéro de téléphone (résidence)

Numéro de téléphone (travail)

Numéro de téléphone (cellulaire)

Numéro de téléphone (télécopieur)

Courriel

Type de représentant :

Fiduciaire Exécuteur testamentaire Liquidateur de succession
 Autre _____

Preuve de représentation ci-jointe (testament, procuration ou autre document pertinent)

Note : Si vous êtes nommé par un tribunal, veuillez joindre une copie notariée du certificat de nomination.

Je présente une réclamation pour le compte d'une :

Personne incapable Succession

SECTION III: IDENTIFICATION OF CLASS

Vous êtes Membre du Groupe si vous êtes :

(a) un employé ou un ancien employé de municipalités ou de fournisseurs de services liés à des municipalités (les « fournisseurs de services municipaux ») dont l'emploi a été transféré à un CASC nouvellement établi et que vous étiez membre du Syndicat canadien de la fonction publique (le « SCFP ») au moment du transfert, mais que vous n'êtes pas par la suite devenu membre de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario (l'« AIIO ») ou du Syndicat des employés de la fonction publique de l'Ontario (le « SEFPO), ou, il est entendu, si vous avez adhéré au Healthcare of Ontario Pension Plan, anciennement connu sous le nom d'Hospitals of Ontario Pension Plan (le « HOOPP »), et participez auparavant au Régime de retraite des employés municipaux de l'Ontario ou au régime de retraite de Von Canada (les « anciens régimes »);

(b) un employé de fournisseurs de services municipaux dont l'emploi a été transféré à un CASC, que vous êtes par la suite devenu membre du SCFP et que vous n'étiez pas membre du SCFP, de l'AIIO ou du SEFPO au moment du transfert

Vous êtes exclu du Groupe si vous avez déjà reçu une indemnité dans le cadre de recours collectifs en faveur d'employés de l'AIIO ou du SEFPO dont l'emploi a été transféré à un CASC nouvellement établi (dossiers du greffe nos 02-CV-236588CP et 06CV324475PD3).

SECTION IV : RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'EMPLOI DU MEMBRE DU GROUPE

Veuillez fournir le plus d'information possible.

1. Dans quel CASC avez-vous travaillé à partir de 1996-1997 et quelles sont les dates de début et de fin de cet emploi?

	Employeur	Date d'entrée en service :	Date de fin d'emploi :	Poste occupé :	Nom du syndicat auquel vous adhérez :
1.					
2.					
3.					

2. Pour quelle municipalité ou pour quel fournisseur de services de soins à domicile ou autre employeur travailliez-vous juste avant d'être au service d'un CASC, et quelles sont les dates de début et de fin de cet emploi?

	Employeur	Date d'entrée en service :	Date de fin d'emploi :	Poste occupé :	Nom du syndicat auquel vous adhérez :
1.					
2.					
3.					

3. Votre emploi au sein de votre employeur précédent a-t-il été transféré à un CASC entre 1996 et 1998?

Oui Non

4. Ce transfert a-t-il été effectué sans cessation de votre emploi?

Oui Non

5. À quel syndicat adhérez-vous au moment du transfert?

SEFPO AIIO AAHPO SEIU
 CIPP SCFP SEPB AUTRE _____

6. Travailliez-vous à temps plein pour votre employeur précédent?

Oui Non

7. Quel était le nom du régime de retraite auquel vous participiez avant que votre emploi ne soit transféré à un CASC (p. ex. votre « employeur précédent »)?

OMERS VON FSA AUTRE _____

8. Étiez-vous membre de l'Hospitals of Ontario Pension Plan après le transfert de votre emploi à un CASC?

Oui Non

9. Avez-vous reçu une indemnité dans le cadre du règlement de recours collectifs intentés pour le compte d'employés de CASC membres de l'AIIO et/ou du SEFPO en raison de leur participation à deux régimes de retraite à la suite du transfert de leur emploi à un CASC?

Oui Non

SECTION V : DOCUMENTS REQUIS

POUR VÉRIFIER L'ÉTAT DE VOTRE RÉCLAMATION ET DÉTERMINER SI VOUS ÊTES APTE À DEVENIR MEMBRE DU GROUPE, NOUS AVONS BESOIN QUE VOUS NOUS FASSIEZ PARVENIR DES COPIES DE DOCUMENTS QUE VOUS AVEZ EN VOTRE POSSESSION OU AUXQUELS VOUS AVEZ ACCÈS. CES DOCUMENTS PEUVENT ÊTRE SOUMIS À LA VÉRIFICATION D'UN TIERS.

VOUS DEVEZ FOURNIR LES PREUVES SUIVANTES DE VOTRE PARTICIPATION AUX RÉGIMES DE RETRAITE :

1. au moins un relevé de retraite provenant de l'HOOPP;
2. au moins un relevé de retraite provenant du régime de retraite auquel vous participiez dans le cadre de votre emploi auprès de votre employeur précédent (OMERS, VON ou FSA).

VOUS DEVEZ FOURNIR L'UN DES DOCUMENTS SUIVANTS COMME PREUVE DE VOTRE EMPLOI DANS UN CASC :

1. des copies d'un ou de plusieurs feuillets T4 reçus du CASC pour lequel vous travaillez depuis 1996;
2. des copies d'un ou de plusieurs relevés de paie (p. ex. fiche de paie, facture ou imprimé d'ordinateur) reçus du CASC pour lequel vous travaillez depuis 1996;
3. tout autre document qui vous a été adressé personnellement, tel qu'une offre d'emploi d'un CASC ou toute autre correspondance provenant du CASC pour lequel vous travaillez.

S'ILS SONT DISPONIBLES, LES DOCUMENTS SUIVANTS ATTESTANT DE VOTRE EMPLOI AUPRÈS D'UN EMPLOYEUR PRÉCÉDENT NOUS SERONT UTILES POUR LE TRAITEMENT DE VOTRE RÉCLAMATION :

1. des copies d'un ou de plusieurs feuillets T4 reçus de votre employeur précédent avant 1997;
2. des copies d'un ou de plusieurs relevés de paie reçus de votre employeur précédent avant 1997;
3. tout autre document attestant de votre lien d'emploi, tel qu'une offre d'emploi de votre employeur précédent, ou toute autre correspondance provenant de votre employeur précédent, qui contient votre adresse postale ou votre adresse électronique.

S'ILS SONT DISPONIBLES, LES DOCUMENTS SUIVANTS ATTESTANT DE VOTRE ADHÉSION À UN SYNDICAT EN TANT QU'EMPLOYÉ D'UN CASC :

1. une carte d'adhésion syndicale;
2. une liste d'ancienneté syndicale concernant votre emploi dans un CASC qui indique votre nom et votre ancienneté;
3. une copie de toute correspondance que vous avez reçue de votre syndicat depuis 1997 (p. ex. un bulletin d'information) qui contient votre adresse postale ou votre adresse électronique.

S'ILS SONT DISPONIBLES, LES DOCUMENTS SUIVANTS ATTESTANT DE VOTRE ADHÉSION À UN SYNDICAT EN TANT QU'EMPLOYÉ DE VOTRE EMPLOYEUR PRÉCÉDENT :

1. une carte d'adhésion syndicale;
2. une liste d'ancienneté syndicale qui indique votre nom et votre ancienneté;
3. une copie de toute correspondance reçue de votre syndicat avant 1997.

DATE LIMITE : VOTRE RÉCLAMATION ET LES DOCUMENTS REQUIS DOIVENT ÊTRE MIS À LA POSTE AU PLUS TARD LE 15 avril 2017, LE CACHET DE POSTE FAISANT FOI.

SECTION VI: DISTRIBUTION

1. Vous recevrez par la poste un chèque de 2 500,00 \$, somme à laquelle s'appliqueront des retenues d'impôt à la source.

Ne remplissez cette section que si vous agissez à titre de représentant successoral (exécuteur testamentaire ou liquidateur de succession).

2. Si le Réclamant est décédé et que vous êtes un exécuteur testamentaire ou un liquidateur de succession nommé par la Cour, vous recevrez un paiement en espèces auquel s'appliqueront des retenues d'impôt à la source. Veuillez fournir l'information demandée cidessous :

Succession de : _____

Date du décès : _____

SECTION VII : DÉCLARATION ET QUITTANCE

En Signant Ci-Après, Vous Reconnaissez Et Acceptez Ce Qui Suit :

- (A) Vous déclarez, sous peine de parjure, qu'à votre connaissance, les renseignements inscrits sur la présente preuve de réclamation sont véridiques, exacts et complets.
- (B) Par la présente, vous reconnaissez que les parties visées par la quittance ont entièrement réglé les réclamations réglées et les libérez entièrement et définitivement à l'égard des réclamations réglées.
- (C) Vous reconnaissez que l'Administrateur des réclamations peut communiquer tous les renseignements concernant votre réclamation aux tribunaux et aux conseillers juridiques des parties aux recours collectifs et consentez à la communication de tels renseignements.

SIGNATURE DU RÉCLAMANT

Prénom du Réclamant

Nom du Réclamant

Date

 / /

Signature

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT (S'IL Y A LIEU)

Prénom du représentant

Nom du représentant

Date

 / /

Signature

le traitement des réclamations peut prendre jusqu'à 18 mois. Nous Vous Remercions De Votre Patience.

Aide-mémoire :

1. Veuillez signer la déclaration et quittance ci-dessus.
2. N'oubliez pas de joindre vos pièces justificatives, s'il y a lieu.
3. Conservez une copie du formulaire de réclamation et de vos pièces justificatives pour vos dossiers.
4. L'Administrateur des réclamations accusera réception de votre preuve de réclamation et de votre quittance par la poste dans les 45 jours. Votre preuve de réclamation et quittance ne sera réputée soumise que lorsque vous aurez reçu une carte d'accusé de réception. Si vous ne recevez pas de carte d'accusé de réception dans les 45 jours, veuillez téléphoner à l'Administrateur des réclamations au numéro sans frais 1-866-432-5534.
5. Si vous déménagez, il vous incombe d'informer l'Administrateur des réclamations de votre nouvelle adresse.

Énoncé de confidentialité

Tous les renseignements fournis par le Réclamant sont recueillis, utilisés et conservés par l'Administrateur des réclamations et par les avocats du Groupe en vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (LPRPDE) aux fins de l'administration de l'entente de règlement relative au régime de retraite des infirmières et infirmiers, y compris l'évaluation de l'admissibilité du Réclamant aux termes de l'entente de règlement. Les renseignements fournis par le Réclamant sont strictement confidentiels et ne seront pas communiqués sans le consentement écrit exprès du Réclamant, sauf en conformité avec l'entente de règlement relative au régime de retraite des CASC.

Les « avocats du Groupe » sont Goldblatt Partners LLP.

L'« Administrateur des réclamations » est NPT RicePoint Class Action Services Inc. de London, en Ontario.