

DEMANDE DE CONGÉ SANS SOLDE

SVP. Veuillez enregistrer le formulaire sur votre poste de travail avant de le remplir

GRUPE D'EMPLOYÉS

- ☐ Fonctionnaires
 ☐ Manuels
 ☐ Professionnels
 ☐ Aquatique
 ☐ Brigadiers
 ☐ ExpoCité et Palais Montcalm
☐ Pompiers
 ☐ Policiers
 ☐ Cadres supérieurs
 ☐ Personnel de direction
 ☐ Occasionnels loisirs

IDENTIFICATION

Nom, Prénom		Titre d'emploi		ID
Service ou arrondissement		Division		N° d'identification

JUSTIFICATION DE LA DEMANDE

À titre d'information complémentaire sur les conditions inhérentes aux congés, vous pouvez consulter [votre convention collective ou votre recueil de conditions de travail](#) sur l'intranet le Parvis.

À noter que le Service des ressources humaines se réserve le droit d'intervenir auprès du gestionnaire si les délais prévus aux conventions collectives ou aux recueils de conditions de travail ne sont pas respectés.

DURÉE DU CONGÉ

Date de début du congé (dimanche) :	Date de fin du congé (samedi) :
(à compter de 00:00)	(se termine à 23:59)
AAAA-MM-JJ	AAAA-MM-JJ

Le début du congé doit être un **dimanche** et la fin du congé un **samedi**. Il est de la responsabilité de l'employé de vérifier son horaire. Pour le groupe des **POMPIERS** affectés à la Division des opérations, votre congé doit commencer un lundi et se terminer un dimanche.

AVANTAGES SOCIAUX (si applicables)

RÉGIME DE RETRAITE	RÉGIME D'ASSURANCES COLLECTIVES	
	Assurance maladie	Assurance vie et salaire de longue durée
☐ Je désire maintenir ma participation au régime de retraite et je comprends que je dois assumer les cotisations durant mon congé (part employé et part employeur). J'atteste que je ne participerai pas à un régime de pension agréé auprès d'un autre employeur durant mon congé sans solde. Je m'engage à aviser immédiatement le Bureau de la retraite à la Ville de Québec si la situation devait changer au cours de mon congé.	☐ Je désire maintenir ma participation au régime d'assurance médicaments et je comprends que je dois assumer les cotisations durant mon congé (part employé et part employeur). ☐ Je ne désire pas maintenir ma participation au régime d'assurance médicaments et je comprends que je dois remplir le formulaire et fournir une preuve de protection d'un autre assureur pour me prévaloir de ce droit. Je comprends que je dois assumer les primes (part employé et part employeur) jusqu'à la réception d'une preuve de protection chez un autre assureur.	☐ Je désire maintenir ma participation aux régimes d'assurance vie et assurance salaire longue durée et je comprends que je dois assumer les cotisations durant mon congé (part employé et part employeur). ☐ Je ne désire pas maintenir ma participation aux régimes d'assurance vie et d'assurance salaire de longue durée.
☐ Je ne désire pas maintenir ma participation au régime de retraite et je comprends qu'il ne sera désormais plus possible de racheter cette période ultérieurement.	Courriel : infoassurancecollective@ville.quebec.qc.ca	MANUEL ou FONCTIONNAIRE seulement (Pour congé de 9 semaines et plus. Sinon, obligation de la conserver) ☐ Je désire maintenir ma participation à l'assurance vie du syndicat. ☐ Je ne désire pas maintenir ma participation à l'assurance vie du syndicat.

VEUILLEZ ACHEMINER VOTRE DEMANDE PAR COURRIEL À L'ADRESSE : RH.CongesDivers@ville.quebec.qc.ca

DEMANDE DE CONGÉ SANS SOLDE

CHOIX DES MODALITÉS DE PAIEMENT

RÉGIME DE RETRAITE

Pour le maintien de ma participation au régime de retraite et assurance, je choisis l'option de paiement suivante :

- ☐ **Prélèvement sur la paie au retour à l'emploi**
(disponible seulement pour un congé de moins de 2 mois)
- ☐ **Paiement unique au début du congé**
(chèque libellé au nom de la Ville de Québec)
- ☐ **Paiements mensuels durant le congé**
(chèques libellés au nom de la Ville de Québec)
- ☐ **Transfert de mon régime enregistré d'épargne-retraite***
(non disponible pour un congé de moins de 2 mois)

* Le choix du transfert provenant d'un REER n'entraîne aucun impact fiscal, mais le montant transféré n'est pas déductible d'impôt.

RÉGIME D'ASSURANCES COLLECTIVES

(assurance vie, assurance salaire et assurance médicaments)

Pour le maintien de ma participation au régime d'assurance, **si je ne conserve pas le régime de retraite**, je choisis l'option de paiement suivante :

- ☐ **Prélèvement sur la paie au retour à l'emploi**
(disponible seulement pour un congé de moins de 2 mois)
- ☐ **Paiement unique au début du congé**
(chèque libellé au nom de la Ville de Québec)
- ☐ **Paiements mensuels durant le congé**
(chèques libellés au nom de la Ville de Québec)

Dans l'éventualité où il y a un paiement entier et/ou mensuel de la participation au régime de retraite et/ou au régime d'assurances collectives, votre [répondant à la Section de la paie](#), en fonction de votre groupe d'employés, communiquera avec vous pour votre régime de retraite et un employé de l'équipe des [assurances collectives](#) pour vos assurances.

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ

AAAA-MM-JJ

SIGNATURE DE LA DIRECTION

SIGNATURE DU DIRECTEUR DE SERVICE OU
D'ARRONDISSEMENT

NOM DU DIRECTEUR
(en lettres moulées)

AAAA-MM-JJ

- ☐ Demande acheminée à la Division de la rémunération, des systèmes d'information RH et des projets au Service des ressources humaines à RH.CongesDivers@ville.quebec.qc.ca selon les délais prévus aux conventions collectives et aux recueils de conditions de travail.

AAAA-MM-JJ

VEUILLEZ ACHEMINER VOTRE DEMANDE PAR COURRIEL À L'ADRESSE : RH.CongesDivers@ville.quebec.qc.ca