

PRIÈRE D'AFFICHER

DESTINATAIRES : À TOUT LE PERSONNEL DU CHUM

DATE : Le 7 novembre 2025

OBJET : **Paiement de votre banque de congés de maladie transférable en partie ou en totalité dans un RÉER**

Nous sommes heureux de vous offrir, encore cette année, la possibilité de transférer le paiement annuel de votre banque non utilisée de congés de maladie dans un régime enregistré d'épargne-retraite (RÉER), et ce, à la même date que celle du versement du paiement de la banque maladie qui sera le **11 décembre 2025**. Vous devez toutefois répondre aux conditions suivantes :

- Avoir un compte ouvert à l'un des fonds énumérés ci-dessous **au moment** du paiement annuel de la banque non utilisée de congés de maladie, soit :
 - ✓ Fondaction CSN;
 - ✓ Fonds de solidarité FTQ;
 - ✓ RÉER – La Capitale.
- Transférer en totalité le montant du paiement annuel de la banque non utilisée de congés de maladie **ou** un montant minimum de 100 \$;
- **Avoir l'espace fiscal disponible** du montant que vous désirez transférer;
- Remplir et expédier le bulletin-réponse ci-joint **avant le 27 novembre 2025** au Service de la paie. L'information et le bulletin-réponse sont aussi disponibles dans la section des nouvelles sur la page d'accueil du site intranet.

À NOTER :

- Les seuls choix possibles sont ceux présents sur le bulletin de réponse ci-joint;
- Aucune déduction d'impôt ne sera prélevée sur le montant transféré;
- Votre relevé de paie reflètera votre contribution au régime concerné.

Pour toute information additionnelle, n'hésitez pas à communiquer avec le **Service de la paie** en appelant **au poste 35300**.

Chef des activités rémunération
et avantages sociaux,

L'original signé

Amélie Corbeil-Gourre

Chef du Service de la paie,

L'original signé

Carole Demers

BULLETIN-RÉPONSE

PAIEMENT DE LA BANQUE NON UTILISÉE DE CONGÉS DE MALADIE TRANSFÉRABLE EN PARTIE OU EN TOTALITÉ DANS UN RÉER

NOM : _____

PRÉNOM : _____

MATRICULE : _____

TÉLÉPHONE AU TRAVAIL : _____

**J'AUTORISE LE TRANSFERT DU PAIEMENT DE LA BANQUE DE CONGÉS DE MALADIE
ANNUELLE :**

- MONTANT TOTAL**
- MONTANT PARTIEL DE :** _____ \$
Minimum 100 \$

DANS LE RÉER SUIVANT :

- Fondaction CSN (85)
 Fonds de solidarité FTQ (83)
 RÉER La Capitale (71)
 Caisse d'économie (87)

SIGNATURE

DATE

NOTE IMPORTANTE : Les seuls choix possibles sont ceux présents sur ce bulletin-réponse.

EXPÉDIER AVANT LE 27 NOVEMBRE 2025 AU SERVICE DE LA PAIE

850, SAINT-DENIS, 6^e ÉTAGE, PAVILLON S

PAR TÉLÉCOPIEUR : 514 412-7184

PAR COURRIEL : paie.fax.chum@ssss.gouv.qc.ca (06 CHUM PAIE FAX)