

# DEMANDE D'INFORMATION POUR PAIEMENT RÉTROACTIF

(À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR)

## RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ

|                  |                |                               |                |
|------------------|----------------|-------------------------------|----------------|
| Nom de l'employé |                | NAS                           |                |
| Date d'embauche  | JJ / MM / AAAA | Date de départ                | JJ / MM / AAAA |
| Gains cotisables |                | Montant des cotisations       |                |
| Date de paiement | JJ / MM / AAAA | Raison du paiement rétroactif |                |

**Veillez noter que la portion employeur du paiement rétroactif doit être versée immédiatement. L'employé peut verser sa part du paiement rétroactif.**

## AUTORISATION ET SIGNATURE

Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_

Signature autorisée de l'employeur : \_\_\_\_\_

Nom et titre (en majuscules) : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_