

FORMULAIRE D'INSCRIPTION / REGISTRATION FORM HOOPP (Healthcare of Ontario Pension Plan)

Je confirme que je désire participer au régime de retraite des hôpitaux de l'Ontario (HOOPP) en tant qu'employé(e) à temps partiel ou temporaire. Je reconnais que **mon adhésion à HOOPP est irrévocable**. Je ne pourrai me retirer du régime qu'au terme de mon emploi.

Mon adhésion sera en vigueur au _____, je recevrai une trousse d'information et ma confirmation d'inscription par la poste.

Je comprends que mon pourcentage de salaire en remplacement des avantages sociaux pourrait être réduit car mon employeur contribuera à mon HOOPP (selon les dispositions prévues à ma convention collective ou à mes conditions d'emploi) et que des cotisations salariales seront prélevées pour être versées dans mon régime de retraite à chacune de mes paies.

I confirmed that I wish to participate in the Healthcare of Ontario Pension Plan (HOOPP) as an part-time or temporary employee. I acknowledge that **I cannot opt out of the plan** once I'm a member. I will be able to opt out of the plan only at time of termination of employment.

My membership will be effective on _____, I will receive an information kit and my registration confirmation by mail.

I understand that my percentage in lieu of benefits could be reduced because my employer contribute to my HOOPP (according to my collective agreement or my conditions of employment) and employee contributions will be paid into my pension plan on each pay.

Nom de l'employé / Employee's name	
NAS / SIN	
Date de naissance / Date of birth	
Langue de préférence / Language preference	
# de téléphone principal / Main phone number	
Adresse complète / Address	

- ☐ Je refuse d'adhérer au régime de retraite des hôpitaux de l'Ontario (HOOPP)
☐ I refuse to participate in the Healthcare of Ontario Pension Plan (HOOPP)

Signature

Date