

M  Mme  Décédé(e) Date : \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

 Personne ayant un handicap  Oui  Non

 J'ai habité seul(e) TOUTE L'ANNEE  Oui  Non  
 (Excluant les personnes à charge)

Assurance sociale \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA)

Téléphone 1 \_\_\_\_\_

Téléphone 2 \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

 M  Mme  Décédé(e) Date : \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

 Personne ayant un handicap  Oui  Non

Assurance sociale \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA)

Téléphone 1 \_\_\_\_\_

Téléphone 2 \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

 \*\* Déclaration traitée par Plani-Impot  Oui  Non

**Si non**, nous avons besoin du revenu net Ligne 23600 FED \$ \_\_\_\_\_  
 Ligne 275 Qc \$ \_\_\_\_\_

**ETAT CIVIL au 31 déc 2021**
 Célibataire  Marié(e)  Conjoint fait

 Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf /Veuve

 Changement état civil  oui  non

Ancien état \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**ADRESSE au 31 déc 2021**

No \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_ App \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

 Changement d'adresse en 2021  oui  non Province \_\_\_\_\_

Date du changement : \_\_\_\_\_

**Assurance Médicaments**

 Etes-vous assuré au  public ou  privé

Mois \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_

Mon propre régime collectif (travail) De \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Avec le régime du conjoint/parent De \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Assurance du gouvernement RAMQ De \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

**Assurance Médicaments du conjoint(e)**

 Etes-vous assuré au  public ou  privé

Mois \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_

Mon propre régime collectif (travail) De \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Avec le régime du conjoint/parent De \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Assurance du gouvernement RAMQ De \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Note :

**PERSONNE A CHARGE**

Nom	Prénom	Sexe	JJ / MM / AAAA	N.A.S	Personne ayant un handicap	Je paye une pension alimentaire	Enfant à votre charge	Impôt sera fait par Plani-impôt
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**MAINTIEN A DOMICILE 70 ANS ET PLUS**
 Oui  Non

 Formulaire TPZ-1029.MD.5 (coproprio)  Oui  Non

 Formulaire TPZ-1029.MD.9 (\$ anticipé)  Oui  Non

 Entretien ménager / terrain / déneigement \_\_\_\_\_ Bail  Oui  Non

 Services d'aide habillage/hygiène /repas \_\_\_\_\_ Type :  Condo,  Logement  HLM  RPA  CHSLD

Services soins infirmiers \_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_ Coût du loyer : \_\_\_\_\_

Autres Informations

 RAP  REEP

Retrait \$ \_\_\_\_\_

Solde \$ \_\_\_\_\_

Date achat \_\_\_\_\_

Versement \_\_\_\_\_

Nb proprio \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Référé par : \_\_\_\_\_