

M  Mme

 Décédé(e) Date : \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

 Personne ayant un handicap  Oui  Non

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

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

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

Téléphone 1 \_\_\_\_\_

Téléphone 2 \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

 Conjoint (e)  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

<b>Si non</b> , 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 Prov. \_\_\_\_\_

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

**Assurance Médicaments**

 Êtes-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 : \_\_\_\_\_

**Assurance Médicaments du conjoint(e)**

 Êtes-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 \_\_\_\_\_

**ENFANTS**

Nom	Prénom	Sexe	JJ/MM/AAAA	N.A.S	Handicap	Paye une pension	À ma charge	Impôt par Plani-Impot
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres Informations \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Référé par : \_\_\_\_\_

	RAP	REEP
Retrait \$	_____	_____
Solde \$	_____	_____
Date achat	_____	_____
Versement \$	_____	_____
Nb proprio	_____	_____