

M.	Décédé(e)	Oui	Non		Conjoint(e)	M.	Décédé(e)	Oui	Non
Mme.	Date du décès	_____ JJ/MM/AAAA			Mme.	Date du décès	_____ JJ/MM/AAAA		
Nom _____					Nom _____				
Prénom _____					Prénom _____				
Assurance sociale _____					Assurance sociale _____				
Date de naissance _____ JJ MM AAAA					Date de naissance _____ JJ MM AAAA				
Téléphone _____					Téléphone _____				
Téléphone _____					Téléphone _____				
Courriel _____					Courriel _____				
Personne ayant un handicap					Personne ayant un handicap				
					Oui Non				
J'ai habité seul(e) TOUTE L'ANNÉE					Déclaration traitée par Plani-Impôt				
(Excluant les personnes à charge)					Oui Non				
					Si NON nous avons Ligne 23600 FED _____ \$ besoin du revenu net Ligne 275 Qc _____ \$				

ÉTAT CIVIL au 31 décembre

Célibataire	Marié(e)	Conjoint(e) fait	Séparé(e)	Divorcé(e)	Veuf/Veuve
Changement état civil					
Oui	Non	Ancien état	_____	Date du changement	_____ JJ/MM/AAAA

ADRESSE

	Changement d'adresse en 2023	Oui	Non	Date du changement	_____ JJ/MM/AAAA
No _____	Rue _____	App _____			
Ville _____	Code Postal _____	Prov. _____			

Assurance Médicaments

Êtes-vous assuré au	public	privé			
			Mois	à	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)

Êtes-vous assuré au	public	privé			
			Mois	à	Mois
Mon propre régime collectif (travail)	De	_____	_____	à	_____
Avec le régime du conjoint/parent	De	_____	_____	à	_____
Assurance du gouvernement RAMQ	De	_____	_____	à	_____

PERSONNE À CHARGE

Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	N.A.S.	Handicap	Paye une pension	À ma charge	Impôt par nous
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

MAINTIEN À DOMICILE 70 ANS ET PLUS Oui Non Si oui, compléter le formulaire de maintien à domicile
Autres informations :

 Signature _____ Date _____ Référé par : _____
JJ/MM/AAAA