

M.	Décédé(e)	Oui	Non
Mme.	Date du décès	JJ/MM/AAAA	
Nom _____			
Prénom _____			
Assurance sociale _____			
Date de naissance JJ MM AAAA			
Téléphone _____			
Téléphone _____			
Courriel _____			
Personne ayant un handicap		Oui	Non
J'ai habité seul(e) TOUTE L'ANNÉE		Oui	Non
(Excluant les personnes à charge)			

Conjoint(e)	M.	Décédé(e)	Oui	Non
	Mme.	Date du décès	JJ/MM/AAAA	
Nom _____				
Prénom _____				
Assurance sociale _____				
Date de naissance JJ MM AAAA				
Téléphone _____				
Téléphone _____				
Courriel _____				
Personne ayant un handicap			Oui	Non
Déclaration traitée par Plani-Impôt			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 ACTUELLE

Changement d'adresse en 2024			Oui	Non	Date du changement	JJ/MM/AAAA
No	Rue				App	
Ville	Code Postal				Prov.	

Assurance Médicaments

Êtes-vous assuré au	public	privé
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
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
			JJ MM AAAA					

MAINTIEN À DOMICILE 70 ANS ET PLUS

Oui	Non	Si oui, compléter le formulaire de <u>maintien à domicile</u>
-----	-----	---

Autres informations :

Signature _____ Date _____ Référé par : _____

JJ/MM/AAAA