

M. Mme.	Si décès, Date du décès		JJ/MM/AAAA	Conjoint(e)	M. Mme.	Si décès, Date du décès		JJ/MM/AAAA
Nom				Nom				
Prénom				Prénom				
Assurance sociale				Assurance sociale				
Date de naissance				Date de naissance				
Téléphone				Téléphone				
Téléphone				Téléphone				
Courriel				Courriel				
Personne ayant un handicap	Oui	Non		Personne ayant un handicap	Oui	Non		
J'ai habité seul(e) <b>TOUTE L'ANNÉE</b> (Excluant les personnes à charge)	Oui	Non		<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">           Déclaration traitée par Plani-Impôt      Oui      Non            Si <b>NON</b> nous avons      Ligne 23600 FED      \$            besoin du <b>revenu net</b>      Ligne 275 Qc      \$         </div>				

## 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 2025	Non	Oui	Date du changement
No	Rue			App
Ville	Code Postal			Prov.

Assurance <b>Médicaments</b>	public	privé	Mois	Mois	Assurance <b>Médicaments</b> du conjoint(e)	public	privé	Mois	Mois
Êtes-vous assuré au					Êtes-vous assuré au				
Mon propre régime collectif (travail)	De	à			Mon propre régime collectif (travail)	De	à		
Avec le régime du conjoint/parent	De	à			Avec le régime du conjoint/parent	De	à		
Assurance du gouvernement RAMQ (pour médicaments)	De	à			Assurance du gouvernement RAMQ (pour médicaments)	De	à		

## ENFANTS

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

Autres informations :

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ JJ/MM/AAAA Référé par : \_\_\_\_\_

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