

M. Mme.	Si décès, 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 (Excluant les personnes à charge)	Oui	Non

Conjoint(e)	M. Mme.	Si décès, 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			
Si NON nous avons besoin du revenu net	Ligne 23600 FED	\$	
	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 2025	Non	Oui	Date du changement
No	Rue			App	
Ville	Code Postal			Prov.	

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

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

Autres informations :

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

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