


 Famille  
 Monoparental

 Célibataire  
 Étudiant

IDENTIFICATION

Année \_\_\_\_\_

Chef de famille		M.	Mme	Décédé(e)	Conjoint(e)		M.	Mme	Décédé(e)
Nom	_____				Nom	_____			
Prénom	_____				Prénom	_____			
J'ai habité seul(e) toute l'année (excluant les personnes à charge)				Oui	Non	Plani Impôt traitera la déclaration du conjoint (e)			
						Si « Non »	Ligne 23600 FED	_____	
							Ligne 275 QC	_____	

Renseignements personnels Chef de famille

Personne ayant un handicap Oui Non

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

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

Téléphone (jour) \_\_\_\_\_

Téléphone (Soir) \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

Renseignements personnels Conjoint(e)

Personne ayant un handicap Oui Non

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

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

Téléphone (jour) \_\_\_\_\_

Téléphone (Soir) \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

État Civil : \_\_\_\_\_ Si votre état civil a changé cette année Date : \_\_\_\_\_ Ancien \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ App : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Si changement d'adresse dans l'année Date : \_\_\_\_\_

ASSURANCE MEDICAMENTS

J F M A M J J A S O N D

**Assurance privée** Oui Familiale Toute l'année spécifiez les mois

Si oui, est-ce une assurance complémentaire à la RAMQ Oui Non

**RAMQ** Toute l'année Exception spécifiez les moisPERSONNE A CHARGE

Nom	Prénom	Sexe	JJ / MM / AAAA	NAS	Personne ayant un handicap	Impôt sera fait par Plani-impôt
_____	/	_____	_____	- -	_____	_____
_____	/	_____	_____	- -	_____	_____
_____	/	_____	_____	- -	_____	_____
_____	/	_____	_____	- -	_____	_____

## Autres Informations

Pension alimentaire	Oui	Non	si oui	Reçoit	Paye
Je transfère mes frais de scolarité à mes parents	Oui	Non	_____	_____	_____
Je possède plus de 100 000 \$ de biens étrangers	Oui	Non	_____	_____	_____
J'ai acheté une 1 <sup>ère</sup> maison	Oui	Non	_____	_____	_____
J'ai vendu une résidence principale	Oui	Non	_____	_____	_____
J'ai acheté/vendu de la monnaie virtuelle (Bitcoin)	Oui	Non	_____	_____	_____

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

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Référé par : \_\_\_\_\_