

IDENTIFICATION GÉNÉRALE

Effacer les données

Année _____

M. Mme.	Décédé(e) Date du décès			Non //AAAA	Conjoi	nt(e)	M. Mme.	Décédé(e) Date du décè	s	Oui	Non JJ/MM/AAAA	
Nom					Nom							
Prénom					Préno	m						
Assurance sociale					Assura	ance so	ociale					
Date de naissance			JJ MM	AAAA	Date o	le naiss	sance			JJ	MM AAAA	
Téléphone					Téléph	none						
Téléphone					Téléph	none						
Courriel		_			Courri	el						
Personne ayant un ha	ındicap		Oui	Non	Person	Personne ayant un handicap				Oui	Non	
J'ai habité seul(e) TOUTE L'ANNÉE Oui Non			Non	ı Déclai	Déclaration traitée par Plani-Impôt				Oui	Non		
(Excluant les personnes à charge)					I Si NO	Si NON nous avons Ligne 23600 FED					\$ i	
					besoir	du re v	/enu net	Ligne 275 Qc	- 		\$ j	
ÉTAT CIVIL au 31 déce	embre						 -					
Célibataire	Marié(e) Conjoint			t(e) fait Séparé(e)				Divorcé(e)		Veuf/Veuve		
Changement état civil Oui Non Ancien état					Date du changement					JJ/MM/AAAA		
ADRESSE ACTUELLE			Char	ngement o	d'adresse en 2	2024	Non	Oui Date	e du change		VIIVI/FWW V	
No Rue								A	App		_	
Ville				_	Code I	Postal			Pr	ov		
Assurance Médicaments Êtes-vous assuré au public privé						Assurance Médicaments du conjoint(e) Êtes-vous assuré au public						
Êtes-vous assuré au	μu		•		Eles-	/ous as	ssure au	þ	ublic	Mois	privé	
Mois Mois Mois Mois De De A à				Mon p	Mon propre régime collectif (travail) De					Mois à		
Avec le régime du conjoint/parent De à				- Avec	Avec le régime du conjoint/parent De					à		
Assurance du gouvernement RAMQ De à				Assur	Assurance du gouvernement RAMQ					à		
ENFANTS					181					,		
Nom Prénom		Sexe	Dat		AAAA	N.A 	.S.	Handicap	Paye une pension	À ma charge	Impôt par nous	
utres informations :								_	RAP		REEP	
								Retrair Solde Date a	t		\$ \$ \$	
Signature								Verser	ment		\$	
Date JJ/MM/AAAA Référé par :								Nb pro	prio			