

|                                                  |                            |                  |
|--------------------------------------------------|----------------------------|------------------|
| <b>M.<br/>Mme.</b>                               | Si décès,<br>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) <b>TOUTE L'ANNÉE</b> Oui Non |                            |                  |
| Si non, nous indiquer qui a habité avec vous     |                            |                  |
| Enfant majeur Parent âgé Personne handicapée     |                            |                  |
| Autres: _____                                    |                            |                  |

|                                                   |                            |                  |
|---------------------------------------------------|----------------------------|------------------|
| <b>Conjoint(e)<br/>M.<br/>Mme.</b>                | Si décès,<br>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 <b>NON</b> nous avons Ligne 23600 FED _____ \$ |                            |                  |
| besoin du <b>revenu net</b> 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 |          |                  |           |            |            |

|                         |                              |             |     |                    |                  |
|-------------------------|------------------------------|-------------|-----|--------------------|------------------|
| <b>ADRESSE ACTUELLE</b> | Changement d'adresse en 2025 | Non         | Oui | Date du changement | _____ JJ/MM/AAAA |
| No _____ Rue _____      |                              |             |     | App _____          |                  |
| Ville _____             | Code Postal _____            | Prov. _____ |     |                    |                  |

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

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

## ENFANTS

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

Autres informations :

Signature \_\_\_\_\_

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

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