

M. Mme.	Décédé(e) Date du décès	Oui	Non
		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		Oui	Non
(Excluant les personnes à charge)			

Conjoint(e) M. Mme.	Décédé(e) Date du décès	Oui	Non
		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 NON nous avons		Ligne 23600 FED	\$ _____
besoin du revenu net		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 2024		Non	Oui	Date du changement	_____
No	Rue			App	_____
Ville		Code Postal	Prov.		

Assurance Médicaments

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	De _____	à _____

Assurance Médicaments du conjoint(e)

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	De _____	à _____

ENFANTS

Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	N.A.S.	Handicap	Paye 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	_____	