

<b>M. Mme.</b>	Décédé(e)	Oui	Non
	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
(Excluant les personnes à charge)			
_____			

<b>Conjoint(e) M. Mme.</b>	Décédé(e)	Oui	Non
	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

**ADRESSE ACTUELLE**

Changement d'adresse en 2024		Non	Oui	Date du changement	JJ/MM/AAAA
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 \_\_\_\_\_ Référé par : \_\_\_\_\_

JJ/MM/AAAA

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