

M. Mme.	Si décès, 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) TOUTE L'ANNÉE Oui Non		
(Excluant les personnes à charge)		

Conjoint(e) M. Mme.	Si décès, 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 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 2025		Oui	Non	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 (pour médicaments)	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 (pour médicaments)	De	à

PERSONNE À CHARGE

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

MAINTIEN À DOMICILE 70 ANS ET PLUS

Oui	Non	Si oui, compléter le formulaire de <u>maintien à domicile</u>
-----	-----	---

Autres informations :

Signature	Date	Référé par :
_____	_____ JJ/MM/AAAA	_____