

# ENTREVUE

NOM : \_\_\_\_\_ NOM CONJOIT (E) : \_\_\_\_\_

N.A.S. : \_\_\_\_\_ N.A.S. : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

ÉTAT CIVIL :    *Célibataire*    *Conjoint de fait*    *Marié(e)*    *Séparé(e)*    *Divorcé(e)*    *Veuf(ve)*  
                                                                                                                 

## SI VOTRE ÉTAT CIVIL A CHANGÉ PENDANT L'ANNÉE :

Ancien état : \_\_\_\_\_ Date du changement : \_\_\_\_\_

## ADRESSE ACTUELLE

Numéro, rue, appartement : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

**PROPRIÉTAIRE**  **LOCATAIRE/SOUS-LOCATAIRE**  **NI PROPRIÉTAIRE/NI LOCATAIRE**

AVEZ-VOUS CHANGÉ D'ADRESSE DURANT LA DERNIÈRE ANNÉE ? OUI  NON

SI OUI, INDIQUEZ L'ANCIENNE ADRESSE : \_\_\_\_\_

VIVIEZ-VOUS SEUL DURANT LA DERNIÈRE ANNÉE (excluant les personnes à charges)  Oui  Non

**SI OUI**, AU 31 DÉCEMBRE DERNIER, COMBIEN DE PERSONNE VIVAIENT AVEC VOUS ? \_\_\_\_\_

AVEZ-VOUS DES BIENS ÉTRANGER DE PLUS DE 100 000,00\$ ?  Oui  Non

ÊTES-VOUS CITOYENS CANADIENS ?  Oui  Non

ÊTES-VOUS NON-RÉSIDENT DU CANADA ?  Oui  Non

AVEZ-VOUS FAIT L'ACHAT D'UNE PREMIÈRE RÉSIDENCE LORS DE LA DERNIÈRE ANNÉE ?  Oui  Non

AVEZ-VOUS VENDU UNE RÉSIDENCE PRINCIPALE DURANT LA DERNIÈRE ANNÉE ?  Oui  Non

## ASSURANCE MÉDICAMENTS

AVEZ-VOUS BÉNÉFICIÉ DE LA GRATUITÉ DES MÉDICAMENTS TOUTE L'ANNÉE EN RAISON DE LA SOMME QUE VOUS AVEZ REÇUE À TITRE DE SUPPLÉMENT DE REVENU GARANTI (SRG) ?  Oui  Non

ÉTIEZ-VOUS COUVERT PAR UNE ASSURANCE PRIVÉ ?  Non  Oui, le mien  Oui, celui de mon conjoint ou d'un parent

SI OUI, INDIQUEZ QUEL MOIS ?  Toute l'année

Janvier  Février  Mars  Avril  Mai  Juin  Juillet  Août  Septembre  Octobre  Novembre  Décembre

## ASSURANCE MÉDICAMENTS CONJOINT(E)

AVEZ-VOUS BÉNÉFICIÉ DE LA GRATUITÉ DES MÉDICAMENTS TOUTE L'ANNÉE EN RAISON DE LA SOMME QUE VOUS AVEZ REÇUE À TITRE DE SUPPLÉMENT DE REVENU GARANTI (SRG) ?  Oui  Non

ÉTIEZ-VOUS COUVERT PAR UNE ASSURANCE PRIVÉE ?  Non  Oui, le mien  Oui, celui de mon conjoint ou d'un parent

SI OUI, INDIQUEZ QUEL MOIS ?  Toute l'année

Janvier  Février  Mars  Avril  Mai  Juin  Juillet  Août  Septembre  Octobre  Novembre  Décembre

## PERSONNE DE 70 ANS ET PLUS

### (CRÉDIT D'IMPÔTS POUR MAINTIEN À DOMICILE DES AÎNÉS)

AVEZ-VOUS HABITÉ AU MÊME ENDROIT DURANT TOUTE LA DERNIÈRE ANNÉE ?  Oui  Non

LIEU DE RÉSIDENCE :

- votre propre maison ou établissement de santé  résidence privée pour aînés (RPA)  
 immeuble de logements (autre qu'une RPA)  immeuble en copropriété (condominium)

SI VOUS HABITEZ DANS UN IMMEUBLE DE LOGEMENT (AUTRE QU'UNE RPA), INSCRIVEZ LE MONTANT PAYER :

Loyer de janvier 2023  Loyer de décembre 2023  Mois du changement de loyer, s'il y a lieu

ANNEXE AU BAIL POUR SERVICE OFFERT (OUI/NON) \_\_\_\_\_ (SI OUI, JOINDRE LE DOCUMENT)

OU SI PROPRIÉTAIRE, NUMÉRO DE MATRICULE SUR VOTRE COMPTE DE TAXES MUNICIPALES \_\_\_\_\_

## PERSONNES À CHARGE

	Personne 1	Personne 2	Personne 3
Prénom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lien avec vous (ex : fille, père, colocataire, etc.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numéro d'assurance sociale (NAS)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
La personne poursuit-elle des études postsecondaires ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
La personne présente-t-elle une déficience ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, répondez aux questions suivantes ?			
Est-ce une déficience grave et prolongée des fonctions mentales ou physiques attestée par un praticien qualifié (vous devez avoir fourni les formulaires T2201 et TP-752.0.14) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Selon le formulaire TP-752.0.14, est-elle incapable de vivre seule ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

\* Information à donner seulement si vous demandez un crédit d'impôt pour cette personne

## RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX NOUVEAUX ARRIVANTS

a) Votre date d'arrivée: .....

b) La raison de votre arrivée:  immigrant  étudiant étranger  autre (précisez):

c) Vos revenus du 1<sup>er</sup> janvier jusqu'à votre date d'arrivée (en dollars canadiens) et le type de revenus:

d) Le pays où ces revenus ont été gagnés:

Si **votre conjoint** est arrivé EN 2024, inscrivez les renseignements demandés ci-dessous.

a) Sa date d'arrivée: .....

b) La raison de son arrivée:  immigrant  étudiant étranger  autre (précisez):

c) Ses revenus du 1<sup>er</sup> janvier jusqu'à sa date d'arrivée (en dollars canadiens) et le type de revenus:

d) Le pays où ces revenus ont été gagnés: