



Renseignements personnels

Monsieur			Madame		
Prénom / Nom :			Prénom / Nom :		
Adresse :			Adresse :		Même
Ville :			Ville :		
Code Postal :			Code Postal :		
Téléphone :			Téléphone :		
Courriel :			Courriel :		
Date de naissance :			Date de naissance :		
État civil au 31 décembre :			État civil au 31 décembre :		
Date si changement dans l'année :			Date si changement dans l'année :		
Êtes-vous citoyen canadien ? Oui Non			Êtes-vous citoyen canadien ? Oui Non		
Vivez-vous seul toute l'année ? Oui Non			Vivez-vous seul toute l'année ? Oui Non		
Êtes-vous inscrit au dépôt direct ? Oui Non			Êtes-vous inscrit au dépôt direct ? Oui Non		

Assurances collectives

Étiez-vous couvert par la RAMQ ? Oui Non			Étiez-vous couvert par la RAMQ ? Oui Non		
Étiez-vous couvert par une assurance collective fournie par votre employeur ? Oui Non			Étiez-vous couvert par une assurance collective fournie par votre employeur ? Oui Non		
Étiez-vous couvert toute l'année ? Oui Non			Étiez-vous couvert toute l'année ? Oui Non		
Si non , date de début et/ou de fin de l'assurance :			Si non , date de début et/ou de fin de l'assurance :		
Est-ce l'assurance de : Monsieur			Madame		

Renseignements sur la résidence

Propriétaire : Oui Non			Propriétaire : Oui Non		
Est-ce votre première maison ? Oui Non			Est-ce votre première maison ? Oui Non		
Avez-vous un RAP ? Oui Non			Avez-vous un RAP ? Oui Non		
Année du RAP : _____			Année du RAP : _____		
Montant du RAP : _____			Montant du RAP : _____		
Montant à rembourser annuellement : _____			Montant à rembourser annuellement : _____		
Locataire : Oui Non			Locataire : Oui Non		
Avez-vous un relevé 31 ? Oui Non			Avez-vous un relevé 31 ? Oui Non		
Coût du loyer : _____			Coût du loyer : _____		
Vous habitez dans : Résidence privée <input type="checkbox"/> CHSLD <input type="checkbox"/> Loyer subventionné (HLM) <input type="checkbox"/> Appartement <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>			Services fournis : Soins personnels <input type="checkbox"/> Soins infirmiers <input type="checkbox"/> Buanderie <input type="checkbox"/> Entretien ménager <input type="checkbox"/> Service de repas <input type="checkbox"/> Nombre de repas par jour : _____		
Autres services :			Autres services :		
Avez-vous un Relevé 19 ? Oui Non			Avez-vous un Relevé 19 ? Oui Non		

Enfants

1) Prénom / Nom : _____	À charge ?	M.	<input type="checkbox"/>	Mme	<input type="checkbox"/>	Ex	<input type="checkbox"/>
Date de naissance _____ NAS _____	École :	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Enfant du couple <input type="checkbox"/>	Enfant de :	Monsieur	<input type="checkbox"/>	Madame	<input type="checkbox"/>	Relevé 19 :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
2) Prénom / Nom : _____	À charge ?	M.	<input type="checkbox"/>	Mme	<input type="checkbox"/>	Ex	<input type="checkbox"/>
Date de naissance _____ NAS _____	École :	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Enfant du couple <input type="checkbox"/>	Enfant de :	Monsieur	<input type="checkbox"/>	Madame	<input type="checkbox"/>	Relevé 19 :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3) Prénom / Nom : _____	À charge ?	M.	<input type="checkbox"/>	Mme	<input type="checkbox"/>	Ex	<input type="checkbox"/>
Date de naissance _____ NAS _____	École :	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Enfant du couple <input type="checkbox"/>	Enfant de :	Monsieur	<input type="checkbox"/>	Madame	<input type="checkbox"/>	Relevé 19 :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Famille recomposée : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>							

Informations complémentaires

Faillite l'an passée ? Oui Non Si oui, nous avons besoin du rapport pré-faillite _____

Dépenses maintien à domicile ? _____

Avez-vous possédé durant l'année des biens étrangers valant plus de 100 000 \$ CAN ? Oui Non

Êtes-vous aidant naturel ? Oui Non Date d'invalidité: _____

Gain en capital

Avez-vous vendu une propriété l'an passée ? Oui Non

Est-ce que c'était votre résidence principale depuis l'acquisition ? Oui Non

Année de l'achat : _____ Date de la vente : _____ Prix de la vente : _____

Prix d'achat : _____ Dépenses : _____

Déclaration du conjoint non traité

Prénom / Nom : _____ Date de naissance : _____

Numéro d'assurance social : _____

Montant de la ligne : 236 du fédéral : _____ ligne 275 du provincial : _____

Notes

--