

M MME ÉTAT CIVIL ADRESSE VILLE/CODE POSTAL TÉL ou CELL M MME COURRIEL/Obligé M MME	PRÉNOM PRÉNOM DATE / / 2026 CLIENT L'AN PASSÉ ? OUI NON AVEZ-VOUS DÉMÉNAGÉ ? OUI NON AVEZ-VOUS CHANGÉ D'ÉTAT CIVIL EN 2025 ? OUI NON AVEZ-VOUS HABITÉ SEUL TOUTE L'ANNÉE 2025 ? OUI NON	IMPÔT 2025
---	--	------------

M	MME

AVEZ-VOUS UNE ASSURANCE PRIVÉE POUR LES MÉDICAMENTS ?

SI PAS TOUTE L'ANNÉE INDiquer LES MOIS **NON COUVERTS** PAR ASS . _____

POUR LES MEDICAMENTS, ÊTES-VOUS AVEC LA RAMQ (Ass. Médicaments du Qc) ?

SI VOUS AVEZ EU 65 ANS en 2025, AVEZ-VOUS SOUSCRIT A LA RAMQ ?

FAITES-VOUS UN REMBOURSEMENT DE RAP (Régime Accession à la Propriété) ?

AVEZ-VOUS COTISÉ A UN REER ou CELIAPP ? (Joindre SEULEMENT les reçus d'impôts)

AVEZ-VOUS DONNÉ DES ACOMPTES PROVISIONNELS ?

M: au FÉD _____ \$ au PROV _____ \$ MME: au FÉD _____ \$ au PROV _____ \$

AVEZ-VOUS REÇU DE L'ASSURANCE EMPLOI (T4E) * ?

***VOUS DEVEZ IMPRIMER LES DOCUMENTS SUR SITE GOUV-CANADA: MDSC ou ARC**

ÊTES-VOUS RECONNU HANDICAPÉ(E) ? Si oui : FÉD: _____ PROV: _____

PRENEZ-VOUS SOIN D'UNE PERSONNE HANDICAPÉE ? **POUR QUI ?** _____

ÊTES-VOUS UNE PERSONNE AIDANT NATUREL * ? **POUR QUI ?** _____

***POUR UNE PERSONNE QUI HABITE AVEC VOUS ET QUI NE PEUT VIVRE SEULE**

AVEZ-VOUS ACHETÉ UNE 1^{ère} MAISON EN 2025 ? ACHAT NOTARIÉ LE ____/____/____

AVEZ-VOUS VENDU UNE PROPRIÉTÉ EN 2025 ? (MAISON, CONDO, CHALET, TERRAIN)

ANNÉE ACHAT _____ LA PROPRIÉTÉ ÉTAIT-ELLE AUX 2 NOMS ?

PRIX DE VENTE \$ _____ VENTE NOTARIÉE LE ____/____/____

ADRESSE: _____

OBLIGATOIRE: JOINDRE VOS AVIS DE COTISATION FEDERAL & PROVINCIAL 2024

+ 70 ANS (1955)					
<input type="radio"/> PROP. MAISON	OUI	NON	DÉPENSES POUR MAINTIEN A DOMICILE: JOINDRE FACTURE DÉNEIGEMENT, PELOUSE, HAIE, CHEMINÉE, MÉNAGE...		
<input type="radio"/> PROP. CONDO	OUI	NON			
INSCRIRE LE # MATRICULE TAXES MUNICIPALES :					
<input type="radio"/> LOCATAIRE	RELEVÉ 31	OUI	NON	INSCRIRE VOTRE LOYER AU 01-01-2025 _____ \$	
<input type="radio"/> RESIDENCE/ RPA	RELEVÉ 19	OUI	NON	MOIS DE L'AUGMENTATION EN 2025 _____	
	RELEVÉ 31	OUI	NON	LOYER APRÈS AUGMENTATION EN 2025 _____ \$	
FRAIS INCLUS EN RPA:					
BUANDERIE	OUI	NON	SOINS INFIRMIERS		OUI NON
ENTRETIEN MENAGER	OUI	NON	SOINS PERSONNELS		OUI NON
ADMIN-SURVEILLANCE-LIVRAISON	OUI	NON	SI OUI: 1 , 2 OU 3 REPAS ? 		
SERV. ALIMENTAIRE	OUI	NON			
<input type="radio"/> CHSLD	DATE D'ENTRÉE: / /		JOINDRE LA FACTURE DU CHSLD		

NOTES: