

\*\*\* IMPORTANT \*\*\*

COMPLÉTER CETTE FICHE CLIENT

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

DATE NAISSANCE	M	MME	
AVEZ-VOUS UNE ASSURANCE PRIVÉE POUR LES MÉDICAMENTS ?		M	MME
SI PAS TOUTE L'ANNÉE INDICER LES MOIS NON COUVERTS PAR ASS .		OUI	NON
POUR LES MEDICAMENTS, ÊTES-VOUS AVEC LA RAMQ (Ass. Médicaments du Qc) ?		OUI	NON
SI VOUS AVEZ EU 65 ANS en 2025, AVEZ-VOUS SOUSCRIT A LA RAMQ ?		OUI	NON
FAITES-VOUS UN REMBOURSEMENT DE RAP ( Régime Accession à la Propriété ) ?		OUI	NON
AVEZ-VOUS COTISÉ A UN REER ou CELIAPP ? (Joindre SEULEMENT les reçus d'impôts)		OUI	NON
AVEZ-VOUS DONNÉ DES ACOMPTE PROVISIONNELS ?		OUI	NON
M: au FÉD ____ \$ au PROV ____ \$      MME: au FÉD ____ \$ au PROV ____ \$		OUI	NON
AVEZ-VOUS REÇU DE L'ASSURANCE EMPLOI (T4E) * ?		OUI	NON
<b>*VOUS DEVEZ IMPRIMER LES DOCUMENTS SUR SITE GOUV.CANADA: MDSC ou ARC</b>		OUI	NON
ÊTES-VOUS RECONNU HANDICAPÉ(E) ? Si oui : FÉD: ____ PROV: ____		OUI	NON
PRENEZ-VOUS SOIN D'UNE PERSONNE HANDICAPÉE ? POUR QUI ? _____		OUI	NON
ÊTES-VOUS UNE PERSONNE AIDANT NATUREL * ? POUR QUI ? _____		OUI	NON
<b>*POUR UNE PERSONNE QUI HABITE AVEC VOUS ET QUI NE PEUT VIVRE SEULE</b>		OUI	NON
AVEZ-VOUS ACHETÉ UNE 1ère MAISON EN 2025 ? ACHAT NOTARIÉ LE ____ / ____ / ____		OUI	NON
AVEZ-VOUS VENDU UNE PROPRIÉTÉ EN 2025 ? (MAISON, CONDO, CHALET, TERRAIN)		OUI	NON
ANNÉE ACHAT _____ LA PROPRIÉTÉ ÉTAIT-ELLE AUX 2 NOMS ?		OUI	NON
PRIX DE VENTE \$ _____ VENTE NOTARIÉE LE ____ / ____ / ____		OUI	NON
ADRESSE: _____		OUI	NON
<b>OBLIGATOIRE:</b> JOINDRE VOS AVIS DE COTISATION FEDERAL & PROVINCIAL 2024		OUI	NON

+ 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	FORM 1029	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 _____ \$
<b>FRAIS INCLUS EN RPA:</b>				
BUANDERIE		OUI	NON	SOINS INFIRMIERS
ENTRETIEN MENAGER		OUI	NON	SOINS PERSONNELS
ADMIN-SURVEILLANCE-LIVRAISON		OUI	NON	OUI
SERV. ALIMENTAIRE		OUI	NON	NON
SI OUI: 1, 2 OU 3 REPAS ?				
<input type="radio"/> CHSLD	DATE D'ENTRÉE:	/	/	<b>JOINDRE LA FACTURE DU CHSLD</b>

NOTES: