

Année : _____

PARTICULIER	M.	Mme	Autre	CONJOINT(E)	M.	Mme	Autre
Nom _____				Nom _____			
Prénom _____				Prénom _____			
Téléphone _____				Téléphone _____			
Courriel _____				Courriel _____			
Personne souffrant d'un handicap			Non Oui	Personne souffrant d'un handicap			Non Oui
Je possède + de 100 000\$ en biens étrangers			Non Oui	Je possède + de 100 000\$ en biens étrangers			Non Oui
Je détiens de la cryptomonnaie			Non Oui	Je détiens de la cryptomonnaie			V \

ÉTAT CIVIL au 31 décembre

Célibataire Conjoint de fait Marié(e) Séparé(e) Divorcé(e) Veuf/veuve

Changement d'état civil : Non Oui Date changement : _____

J'ai habité seul(e) **TOUTE L'ANNÉE** (ou avec des enfants mineurs/aux études)

ADRESSE ACTUELLE

No _____ Rue _____ App _____

Ville _____ Prov _____ Code postal _____

Changement d'adresse : Non Oui Date du déménagement : _____

À remplir si déménagé en 2024

J'ai acheté ma première habitation en 2024
Date d'achat : _____ J'ai participé au RAP J'ai utilisé mon CELIAPP

J'ai vendu ma résidence principale en 2024
Adresse _____
Année d'achat : _____ Prix de vente : _____ \$

Je suis déménagé(e) pour me rapprocher d'au moins 40 km de mon **nouvel** emploi

RÉSIDENCE au 31 décembre

Résident du Québec : Locataire (RL31) Propriétaire Autre : _____

Résident de l'Ontario : Locataire : Loyer mensuel _____ \$ Nom du proprio : _____

Propriétaire : Impôts fonciers _____ \$

Autre province : _____

Mon ASSURANCE MÉDICAMENTS

	De	Mois	À	Mois
RAMQ				
Mon propre régime collectif				
Régime du conjoint/parent				

ASSURANCE MÉDICAMENTS du conjoint

	De	Mois	À	Mois
RAMQ				
Mon propre régime collectif				
Régime du conjoint/parent				

ENFANTS À CHARGE

Prénom	Nom	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Revenu net	Handicap	Étudiant post-secondaire	Je paie une pension
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J'ai été monoparental à un moment de l'année Non Oui

Si OUI, je demande le montant pour personne à charge pour l'enfant suivant : _____

Attention, vous devez être la seule personne qui déclare cet enfant à charge pour l'année.

Vous devez en avoir la garde complète ou partagée et ne devez pas payer de pension alimentaire pour cet enfant

Autres informations :

AUTRES PERSONNES À CHARGE

Prénom	Nom	Lien	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Revenu net	Handicap	Habite avec moi
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veillez définir la nature de votre aide financière et humaine

Quelles dépenses assumez-vous ? Quelle aide apportez-vous dans leur vie quotidienne ?

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

- J'ai vendu un bien immobilier autre que ma résidence principale dans l'année
Veillez préciser : Chalet condo Terrain Immeuble locatif
- J'ai commencé à louer ma résidence dans l'année ou je suis déménagé(e) dans mon immeuble locatif
- J'ai rénové ma résidence afin de la rendre plus sécuritaire ou accessible (faciliter les déplacements, les tâches quotidiennes). *Personne de 65 ans ou plus, handicapé ou aidant naturel.*
- J'ai aménagé une habitation multigénérationnelle

Signature _____ Date _____

Je désire une pochette papier