

QUESTIONNAIRE D'IDENTIFICATION

Année : _____

PARTICULIER			M.	Mme	Autre	CONJOINT(E)			M.	Mme	Autre
Nom						Nom					
Prénom						Prénom					
Téléphone						Téléphone					
Courriel						Courriel					
Souffrant d'un handicap	Non	Oui	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 2025

- J'ai acheté ma première habitation en 2025
Date d'achat : _____ J'ai participé au RAP J'ai utilisé mon CELIAPP
- J'ai vendu ma résidence principale en 2025
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 : _____

RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICAMENTS - Résidents du Québec

MOI	De	À	CONJOINT	De	À
RAMQ					
Régime collectif personnel					
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"/>

Veuillez 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
Veuillez 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 (extra de 5 \$)

Signature conjoint _____