

FORMULAIRE DE RENOUVELLEMENT

Date de traitement du dossier : _____

Date du jour : _____

IDENTIFICATION		<input type="checkbox"/> M.	<input type="checkbox"/> M ^{me}
Prénom :	_____		
Nom :	_____		

IDENTIFICATION - CONJOINT		<input type="checkbox"/> M.	<input type="checkbox"/> M ^{me}
Prénom :	_____		
Nom :	_____		

Année(s) de déclaration à produire : 2012 2013 2014 2015 2016 2017

Désirez-vous le service express (déclaration en 48 heures)? OUI NON

INFORMATIONS GÉNÉRALES	
Téléphone (principal) :	_____
Téléphone (secondaire) :	_____
Adresse :	_____
Ville :	_____
App. :	_____
Province :	_____
Code postal :	_____
Courriel :	_____

INFORMATIONS GÉNÉRALES - CONJOINT	
Téléphone (principal) :	_____
Téléphone (secondaire) :	_____
Cochez si adresse identique :	<input type="checkbox"/>
Courriel :	_____
Traiterons-nous la déclaration du conjoint ?	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
Si non, veuillez fournir son revenu pour l'année :	
Ligne 236 fédéral :	_____ \$
Ligne 275 Québec :	_____ \$
Nous vous recommandons fortement la déclaration conjointe. Cela facilitera les optimisations.	

Avez-vous habité seul(e) toute l'année? (les personnes à charge ne comptent pas) OUI NON

Combien de personnes vivent avec vous en date du 31 décembre ?
(Sans inclure les personnes à charge et votre conjoint) _____

Avez-vous immigré ou émigré au cours de l'année? OUI NON
Si oui, remplissez le formulaire de nouvel arrivant

Prévoyez-vous quitter définitivement le Canada ? **Si oui, remplissez le formulaire approprié** OUI NON

Avez-vous acheté votre première maison au cours de l'année? OUI NON

ASSURANCES MÉDICAMENTS			
Couverture de base pour les médicaments			
Gouvernement (RAMQ)	De :	_____	À : _____
Mon employeur (régime collectif)	De :	_____	À : _____
Mon conjoint ou un parent	De :	_____	À : _____
Autres ou pas d'assurances	De :	_____	À : _____

ASSURANCES MÉDICAMENTS - CONJOINT			
Couverture de base pour les médicaments			
Gouvernement (RAMQ)	De :	_____	À : _____
Mon employeur (régime collectif)	De :	_____	À : _____
Mon conjoint ou un parent	De :	_____	À : _____
Autres ou pas d'assurances	De :	_____	À : _____

MODIFICATION DE LA SITUATION FAMILIALE	
Votre état civil a-t-il changé ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Nouvel état civil : _____	Date du changement (JJ/MM/AA) : _____ / _____ / _____
Nom et prénom du nouveau conjoint :	
_____	NAS : _____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Date de naissance (JJ/MM/AA) : _____	

NOUVELLES PERSONNES À CHARGE	
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Prénom : _____ Nom : _____
Date de naissance (JJ/MM/AA) : _____	NAS (si attribué) : _____