

Adresse de l'adulte hébergé ou nom et adresse de son représentant

SPÉCIALEMENT

**Identité de l'adulte hébergé**

Numéro d'assurance maladie

Nom de famille à la naissance

Prénom usuel

État civil :  Célibataire  Marié  Uni civillement  Veuf (conjoint survivant)  Séparé légalement\*  Divorcé\*

Depuis le : Année Mois Jour

\*Fournir une photocopie du jugement de séparation, légale ou du divorce

**Section à remplir par le responsable de l'établissement public**

Nom de l'établissement public

Nom et prénom de la personne responsable du dossier de l'adulte hébergé au service de la comptabilité

Numéro de l'établissement public

Numéro de dossier de l'adulte hébergé

Numéro de téléphone Ind. régional

Poste

Numéro d'assurance maladie du conjoint

Ind. rég. Numéro de téléphone

Ind. régional

Partage-t-il la même chambre que vous?  Non  Oui

Toutes les sections qui concernent le conjoint doivent être remplies.

**Conjoint (marie ou uni civillement) non hébergé**

Nom de famille à la naissance

Prénom usuel

Ind. rég. Numéro de téléphone

Adresse du conjoint

NUMÉRO RUE

MUNICIPALITÉ

PROVINCE

APP. CODE POSTAL

Date de naissance

Année Mois Jour

Est-ce que vous ou votre conjoint avez des enfants à charge?

Non  Oui Combien?

Reçoit-il une allocation pour enfant handicapé?  Non  Oui

Étes-vous un immigrant?  Non  Oui

Vous devez fournir une photocopie de la carte de résident permanent ou d'une preuve de votre statut délivrée par l'immigration.

Étes-vous membre d'une communauté religieuse?  Non  Oui

**LIQUIDITÉS**

N. B. : Afin d'avoir droit à une exonération partielle ou totale de la contribution, il est très important de répondre à toutes les questions de cette déclaration et de fournir une photocopie de toutes les pièces justificatives.

	Adulte hébergé	Conjoint (marie ou uni civillement) non hébergé
300	Comptes dans des institutions financières	Comptes dans des institutions financières
	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
	Montant	Montant
	Numéro de compte	Numéro de compte
	Montant/valeur	Montant/valeur
	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
	Placements (Actions, bons d'épargne, certificats de dépôt, FERR, etc.)	Placements (Actions, bons d'épargne, certificats de dépôt, FERR, etc.)
	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
	Montant/valeur	Montant/valeur
301	REER	REER
	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
	Montant/valeur	Montant/valeur
	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
	Indemnisation (Hôp. St-Jules, Pav. St-Théophile, Institut Allan Memorial, Orphelins de Duplessis)	Indemnisation (Hôp. St-Jules, Pav. St-Théophile, Institut Allan Memorial, Orphelins de Duplessis)
	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
	Montant	Montant
302	Liquidités cédées au cours des deux dernières années	Liquidités cédées au cours des deux dernières années
	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
	Montant	Montant
	Date de cession	Date de cession
	Année Mois Jour	Année Mois Jour
310	Raison	Raison
	Montant	Montant
	Date de cession	Date de cession
	Année Mois Jour	Année Mois Jour

Fournir une preuve des opérations financières.

**BIENS**

410 **Propriété** (Résidence principale) Non  Oui  Évaluation municipale \$ \_\_\_\_\_ Solde hypothécaire \$ \_\_\_\_\_  
 Propriétaire depuis le Année Mois Jour

**Fournir une photocopie du compte de taxes attestant de la valeur de votre propriété et du relevé du dernier solde du prêt hypothécaire.**

412 **Autres biens immobiliers** (Chalet, terrain, immeuble, etc.) Non  Oui  Évaluation municipale \$ \_\_\_\_\_  
 Propriétaire depuis le Année Mois Jour

**Fournir une photocopie du compte de taxes attestant l'évaluation municipale.**

420 **Biens immobiliers et mobiliers cédés au cours des deux dernières années** Valeur \$ \_\_\_\_\_ Date de cession Année Mois Jour

**Fournir une photocopie du contrat notarié.**

441 **Autres biens mobiliers** (Roulotte, bateau, etc.) Non  Oui  Valeur marchande \$ \_\_\_\_\_  
 Valeur \$ \_\_\_\_\_

**Fournir une photocopie du document prouvant la valeur.**

442 **Biens provenant d'indemnisation** (Hôp St-Julien, Pav. St-Théophile, Allan Memorial Institut, Orphelins de Duplessis) Non  Oui  Valeur \$ \_\_\_\_\_

**Fournir une photocopie du document prouvant la valeur.**

**REVENUS MENSUELS**

**Adulte hébergé** Conjoint (marlé ou unilatéralement) non hébergé

500 à 505 **Pension de la Sécurité de la vieillesse** Non  Oui  \$ \_\_\_\_\_

Non  Oui  \$ \_\_\_\_\_

510 **Régime de rentes du Québec** Non  Oui  \$ \_\_\_\_\_

**Fournir une preuve du montant mensuel brut.**

520 **Fonds de pension personnel ou d'un ex-employeur** Non  Oui  \$ \_\_\_\_\_

**Fournir une preuve du montant mensuel brut.**

521 **Prestation de sécurité sociale américaine** Non  Oui  \$ \_\_\_\_\_

**Fournir une preuve du montant mensuel en argent américain.**

530 **Revenu d'emploi** Non  Oui  \$ \_\_\_\_\_

**Fournir une preuve du montant mensuel en argent américain.**

532 **Revenu de location d'immeubles** Non  Oui  \$ \_\_\_\_\_

**Fournir une photocopie des deux dernières fiches de paie ou des états de virement du salaire.**

540 **Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST)** Non  Oui  \$ \_\_\_\_\_

**Fournir une photocopie de la dernière déclaration de revenus du Québec.**

543 **Revenu d'assurance salaire, invalidité** Non  Oui  \$ \_\_\_\_\_

**Fournir une preuve du montant mensuel.**

551 **Prestation fiscale canadienne pour enfants (PFCE)** Non  Oui  \$ \_\_\_\_\_

**Fournir une preuve du montant mensuel brut.**

560 **Revenu provenant d'une rente, d'une succession ou d'une annuité** Non  Oui  \$ \_\_\_\_\_

**Fournir une preuve du montant mensuel et une photocopie du rapport du liquidateur.**

561 **Revenu de placements et d'obligations, intérêts, dividendes** Non  Oui  \$ \_\_\_\_\_

**Fournir une photocopie de la dernière déclaration de revenus du Québec.**

**Autres revenus** (Régime de pension du Canada, Assurance emploi, indemnité de la SAAC, pension d'autres pays, pension ou allocation d'anciens combattants, etc.) Non  Oui  \$ \_\_\_\_\_  
 Préciser : \_\_\_\_\_

Préciser : \_\_\_\_\_

**Est-ce que vous ou votre conjoint, s'il y a lieu, recevez des indemnités d'un régime privé d'assurance pour payer votre contribution?** Non  Oui  \$ \_\_\_\_\_  
 Préciser : \_\_\_\_\_

**Fournir une preuve du montant mensuel brut.**

**Signature de l'adulte hébergé ou de son représentant** (incl. rég.) Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Préciser : \_\_\_\_\_

**Fournir une preuve du montant mensuel brut.**

**Déclaration et signatures**

Je déclare que les renseignements qui figurent dans le présent formulaire sont exacts et complets et je m'engage à informer sans délai la Régie de l'assurance maladie du Québec de toute modification à ces renseignements.

Date Année Mois Jour \_\_\_\_\_  
 Signature de l'adulte hébergé ou de son représentant \_\_\_\_\_  
 Signature du conjoint (marlé ou unilatéralement) s'il y a lieu \_\_\_\_\_

Veuillez retourner le présent formulaire ainsi que tous les documents requis à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec  
 Service de la contribution et de l'aide financières  
 425, boul. De Maisonneuve Ouest, bur. 213  
 Montréal (Québec) H3A 3G5