

Informations Générales sur les personnes à charge

NO Client _____

	1	2	3	4
Prénom	_____	_____	_____	_____
Nom	_____	_____	_____	_____
Date de Naissance	_____	_____	_____	_____
NAS	_____	_____	_____	_____
Est-ce-qu'on fait l'impôt	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>
Est-ce le premier impôt	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>
Inscrit au Dépôt Direct	Fait <input type="checkbox"/> À faire <input type="checkbox"/>	Fait <input type="checkbox"/> À faire <input type="checkbox"/>	Fait <input type="checkbox"/> À faire <input type="checkbox"/>	Fait <input type="checkbox"/> À faire <input type="checkbox"/>
Qui est le parent? (si enfant d'une autre union)	_____	_____	_____	_____
Lien avec cette personne	_____	_____	_____	_____
Revenu de la personne(Si on ne fait pas l'impôt)	_____	_____	_____	_____
Frs de Scol T2202+R8	_____	_____	_____	_____
Transf. frs Scol à quel parent ?	_____	_____	_____	_____
Enfant en garde Partagé?	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>
% de garde	_____	_____	_____	_____
Payez-vous P.Alim. pour cette enfant ?	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>
Qui réclame l'équival. Conj? Monopar.	_____	_____	_____	_____
RAMQ PRIVÉ mois	_____	_____	_____	_____
Crédit Handicap ?	CND <input type="radio"/> QBC <input type="radio"/>	CND <input type="radio"/> QBC <input type="radio"/>	CND <input type="radio"/> QBC <input type="radio"/>	CND <input type="radio"/> QBC <input type="radio"/>
Incapable de vivre seule	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>
Aidant Nat. à qui est l'habitation ?	_____	_____	_____	_____
Date début et/ou Fin aidant naturel	_____	_____	_____	_____

	5	6	7	8
Prénom	_____	_____	_____	_____
Nom	_____	_____	_____	_____
Date de Naissance	_____	_____	_____	_____
NAS	_____	_____	_____	_____
Est-ce-qu'on fait l'impôt	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>
Est-ce le premier impôt	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>
Inscrit au Dépôt Direct	Fait <input type="checkbox"/> À faire <input type="checkbox"/>	Fait <input type="checkbox"/> À faire <input type="checkbox"/>	Fait <input type="checkbox"/> À faire <input type="checkbox"/>	Fait <input type="checkbox"/> À faire <input type="checkbox"/>
Qui est le parent? (si enfant d'une autre union)	_____	_____	_____	_____
Lien avec cette personne	_____	_____	_____	_____
Revenu de la personne(Si on ne fait pas l'impôt)	_____	_____	_____	_____
Frs de Scol T2202+R8	_____	_____	_____	_____
Transf. frs Scol à quel parent ?	_____	_____	_____	_____
Enfant en garde Partagé?	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>
% de garde	_____	_____	_____	_____
Payez-vous P.Alim. pour cette enfant ?	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>
Qui réclame l'équival. Conj? Monopar.	_____	_____	_____	_____
RAMQ PRIVÉ mois	_____	_____	_____	_____
Crédit Handicap ?	CND <input type="radio"/> QBC <input type="radio"/>	CND <input type="radio"/> QBC <input type="radio"/>	CND <input type="radio"/> QBC <input type="radio"/>	CND <input type="radio"/> QBC <input type="radio"/>
Incapable de vivre seule	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>
Aidant Nat. à qui est l'habitation ?	_____	_____	_____	_____
Date début et/ou Fin aidant naturel	_____	_____	_____	_____