



IMPORTANT : Avant de remplir cette déclaration, veuillez prendre connaissance du guide.
Il vous aidera à remplir votre demande d'exonération ou de réévaluation.

Identité de l'adulte hébergé

Nom de famille à la naissance		Prénom		Numéro d'assurance maladie					
État civil		Année		Mois		Jour		Numéro d'assurance maladie du conjoint	
☐ Célibataire		☐ Marié ou uni civilement		Depuis le					
☐ Séparé légalement		☐ Divorcé		Fournissez une photocopie du jugement de séparation légale ou du divorce, incluant les mesures accessoires.		☐ Veuf		Depuis le	
								Année Mois Jour	
Adresse domiciliaire de l'adulte hébergé avant son admission									
Numéro		Rue						Appartement	
Municipalité				Province		Code postal			

Conjoint (marié ou uni civilement)

Est-ce que votre conjoint vit en établissement public (CHSLD, centre de réadaptation, ressource intermédiaire ou ressource de type familial)?

☐ Oui

☐ Non **Veuillez donner ci-dessous tous les renseignements demandés sur le conjoint non hébergé.**

Nom de famille à la naissance		Prénom		Date de naissance		Numéro de téléphone	
				Année Mois Jour			
Adresse du conjoint si elle est différente de celle de l'adulte hébergé							
Numéro		Rue				Appartement	
Municipalité				Province		Code postal	

Enfants à charge

Est-ce que vous ou votre conjoint avez des enfants à charge?			IMPORTANT Pour un enfant de 18 à 25 ans (inclusivement), fournissez : • Une preuve de fréquentation scolaire à temps plein ET • Une preuve d'adresse domiciliaire
☐ Oui ▶ Combien? _____			
☐ Non			
Numéro d'assurance maladie de chaque enfant		☐ Célibataire ☐ Marié ou uni civilement	
		☐ Séparé légalement ☐ Divorcé ☐ Veuf	
		☐ Célibataire ☐ Marié ou uni civilement	
		☐ Séparé légalement ☐ Divorcé ☐ Veuf	
		☐ Célibataire ☐ Marié ou uni civilement	
		☐ Séparé légalement ☐ Divorcé ☐ Veuf	

Paiement de loyer

En plus de la contribution versée à l'établissement qui vous héberge, avez-vous payé un autre loyer depuis votre admission?

☐ Oui ▶ Fournissez une copie du bail et une preuve des paiements.

☐ Non

Citoyenneté

Êtes-vous né au Canada?

☐ Oui

☐ Non* ▶ Pays de naissance : _____

* Fournissez un document officiel de l'immigration canadienne indiquant la date d'obtention de votre résidence permanente.

DÉCLARATION DES BIENS ET DES REVENUS

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

	LIQUIDITÉS	Adulte hébergé	Conjoint (marié ou uni civilement) non hébergé
300	Comptes dans des institutions financières ☐ Non ☐ Oui Numéro de compte Montant \$ Numéro de compte Montant \$ Placements (actions, certificats de dépôt, FERR, CELI, parts permanentes, etc.) ☐ Non ☐ Oui Montant/valeur \$	☐ Non ☐ Oui Numéro de compte Montant \$ Numéro de compte Montant \$ Montant/valeur \$	☐ Non ☐ Oui Numéro de compte Montant \$ Numéro de compte Montant \$ Montant/valeur \$
	Fournissez une photocopie des livrets et des relevés de compte des institutions financières faisant état des opérations effectuées dans les 12 mois précédant la présente demande ou l'admission en hébergement.		
301	Régime enregistré d'épargne-retraite (REER) ☐ Non ☐ Oui Montant/valeur \$	☐ Non ☐ Oui Montant/valeur \$	☐ Non ☐ Oui Montant/valeur \$
	Fournissez une photocopie des relevés de placements des 12 mois précédant la présente demande ou l'admission en hébergement.		
302	Régime enregistré d'épargne-invalidité (REEI) ☐ Non ☐ Oui Montant/valeur \$	☐ Non ☐ Oui Montant/valeur \$	☐ Non ☐ Oui Montant/valeur \$
	Fournissez une photocopie des relevés de placements des 12 mois précédant la présente demande ou l'admission en hébergement.		
309	Indemnisation (Hôpital St-Julien, Institut Allan Memorial, Orphelins de Duplessis, etc.) ☐ Non ☐ Oui Montant \$	☐ Non ☐ Oui Montant \$	☐ Non ☐ Oui Montant \$
	Fournissez un document officiel démontrant le montant reçu.		
310	Liquidités données au cours des deux dernières années (donation, cadeaux, etc.) ☐ Non ☐ Oui Montant \$ Date de donation Année Mois Jour Raison	☐ Non ☐ Oui Montant \$ Date de donation Année Mois Jour	☐ Non ☐ Oui Montant \$ Date de donation Année Mois Jour
	Fournissez une preuve des opérations financières.		
	BIENS	Adulte hébergé	Conjoint (marié ou uni civilement) non hébergé
410	Propriété (résidence principale) ☐ Non ☐ Oui Évaluation municipale Solde hypothécaire \$ \$ Habitez-vous cette propriété avant votre admission? ☐ Oui ☐ Non	☐ Non ☐ Oui Évaluation municipale Solde hypothécaire \$ \$ Habitez-vous cette propriété? ☐ Oui ☐ Non	☐ Non ☐ Oui Évaluation municipale Solde hypothécaire \$ \$ Habitez-vous cette propriété? ☐ Oui ☐ Non
	Fournissez une photocopie de l'évaluation municipale de l'année courante attestant la valeur de cette propriété et du relevé du solde du prêt hypothécaire du mois précédant la présente demande ou l'admission en hébergement.		
412	Autres biens immobiliers (résidence secondaire, terrain, immeuble, etc.) ☐ Non ☐ Oui Évaluation municipale \$	☐ Non ☐ Oui Évaluation municipale \$	☐ Non ☐ Oui Évaluation municipale \$
	Fournissez une photocopie de l'évaluation municipale de l'année courante.		
420	Biens immobiliers et mobiliers donnés au cours des deux dernières années ☐ Non ☐ Oui Valeur \$ Date de donation Année Mois Jour	☐ Non ☐ Oui Valeur \$ Date de donation Année Mois Jour	☐ Non ☐ Oui Valeur \$ Date de donation Année Mois Jour
	Fournissez une photocopie du contrat notarié de donation.		
430	Automobile ☐ Non ☐ Oui Valeur marchande \$ Kilométrage km	☐ Non ☐ Oui Valeur marchande \$ Kilométrage km	☐ Non ☐ Oui Valeur marchande \$ Kilométrage km
	Fournissez une photocopie (recto verso) du certificat d'immatriculation.		
441	Autres biens mobiliers (roulotte, bateau, motorisé, etc.) ☐ Non ☐ Oui Valeur marchande \$	☐ Non ☐ Oui Valeur marchande \$	☐ Non ☐ Oui Valeur marchande \$
	Fournissez une photocopie du document prouvant la valeur.		
449	Biens achetés avec l'argent d'une indemnisation (Hôpital St-Julien, Institut Allan Memorial, Orphelins de Duplessis, etc.) ☐ Non ☐ Oui Valeur \$	☐ Non ☐ Oui Valeur \$	☐ Non ☐ Oui Valeur \$
	Fournissez un document officiel démontrant le montant reçu.		

REVENUS MENSUELS		Adulte hébergé		Conjoint (marié ou uni civilement) non hébergé	
500 à 505	Pension de la Sécurité de la vieillesse	Non ☐ Oui ☐	\$	Non ☐ Oui ☐	\$
		Fournissez une preuve du montant mensuel brut.			
510	Régime de rentes du Québec	Non ☐ Oui ☐	\$	Non ☐ Oui ☐	\$
		Fournissez une preuve du montant mensuel brut.			
520	Prestations de retraite provenant d'une caisse personnelle ou du régime d'un ex-employeur	Non ☐ Oui ☐	\$	Non ☐ Oui ☐	\$
		Fournissez une preuve du montant mensuel brut.			
521	Prestations de la sécurité sociale américaine	Non ☐ Oui ☐	\$	Non ☐ Oui ☐	\$
		Fournissez une preuve du montant mensuel brut en argent américain.			
522	Pension d'un autre pays	Non ☐ Oui ☐	\$	Non ☐ Oui ☐	\$
		Fournissez une preuve du montant annuel en devise du pays.			
530	Revenu d'emploi	Non ☐ Oui ☐	\$	Non ☐ Oui ☐	\$
		Fournissez une photocopie des fiches de paie des quatre dernières semaines faisant état des déductions et du salaire brut.			
532	Revenu de location d'immeubles	Non ☐ Oui ☐	\$	Non ☐ Oui ☐	\$
		Fournissez une photocopie de l'annexe « Revenus et dépenses de location d'un bien immeuble » (TP-128) de la déclaration de revenus transmise à Revenu Québec.			
540	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST)	Non ☐ Oui ☐	\$	Non ☐ Oui ☐	\$
		Fournissez une preuve du montant mensuel brut.			
543	Revenu d'assurance salaire, invalidité	Non ☐ Oui ☐	\$	Non ☐ Oui ☐	\$
		Fournissez une preuve du montant mensuel brut.			
560	Rente, annuité ou revenu provenant d'une succession	Non ☐ Oui ☐	\$	Non ☐ Oui ☐	\$
		Fournissez une preuve du montant mensuel brut et une photocopie du testament, s'il y a lieu.			
561	Revenu de placements et d'obligations, intérêts, dividendes	Non ☐ Oui ☐	\$	Non ☐ Oui ☐	\$
		Fournissez une photocopie du relevé 3 joint à la déclaration de revenus transmise à Revenu Québec.			
	Autres revenus (régime de pension du Canada, assurance-emploi, indemnité de la SAAQ, pension ou allocation d'anciens combattants, pension alimentaire, etc.)	Non ☐ Oui ☐	\$	Non ☐ Oui ☐	\$
		Précisez : Fournissez une preuve du montant mensuel brut.		Précisez : 	
570	Est-ce que vous ou votre conjoint recevez des indemnités d'un régime privé d'assurance pour payer votre contribution?	Non ☐ Oui ☐	\$	Non ☐ Oui ☐	\$
		Précisez : Fournissez un document qui confirme le montant mensuel versé ainsi qu'une copie du contrat.		Précisez : 	

Déclaration et signatures

Je déclare que les renseignements qui figurent dans le présent formulaire sont exacts et complets.

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
Si la signature de l'adulte hébergé est un X, un témoin doit signer. Numéro de téléphone

| | | | | | | | | |

Signature du conjoint (marié ou uni civilement), 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, bureau 213
Montréal (Québec) H3A 3G5