

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

Adresse de l'utilisateur ou nom et adresse de son représentant	Identité de l'utilisateur pris en charge		
	Numéro d'assurance maladie <input type="text"/>		
	Nom de famille à la naissance <input type="text"/>		
	Prénom usuel <input type="text"/>		
État civil : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié ou uni civilement Depuis le <input type="text"/> Année <input type="text"/> Mois <input type="text"/> Jour			
<input type="checkbox"/> Séparé légalement <input type="checkbox"/> Divorcé Fournir une photocopie du jugement de séparation légale ou du divorce			
<input type="checkbox"/> Veuf Depuis le <input type="text"/> Année <input type="text"/> Mois <input type="text"/> Jour			

Section à remplir par le responsable de l'établissement public		
Nom de l'établissement public <input type="text"/>	Numéro de l'établissement public <input type="text"/>	Numéro de dossier de l'utilisateur <input type="text"/>
Nom et prénom du responsable du dossier de l'utilisateur au service de la comptabilité <input type="text"/>		Numéro de téléphone Ind. régional <input type="text"/> Poste <input type="text"/>

Numéro d'assurance maladie du conjoint
 Votre conjoint vit-il en centre d'hébergement et de soins de longue durée ou en centre de réadaptation, ou a-t-il été pris en charge par une ressource intermédiaire?
 Oui Partage-t-il la même chambre que vous? Non Oui

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

Conjoint (marié ou uni civilement)		
Nom de famille à la naissance <input type="text"/>	Prénom usuel <input type="text"/>	Ind. rég. <input type="text"/> Numéro de téléphone <input type="text"/>
Adresse du conjoint NUMÉRO <input type="text"/> RUE <input type="text"/> APP. <input type="text"/> MUNICIPALITÉ <input type="text"/> PROVINCE <input type="text"/> CODE POSTAL <input type="text"/>		Date de naissance Année <input type="text"/> Mois <input type="text"/> Jour <input type="text"/>

Est-ce que vous ou votre conjoint avez des enfants à charge? Non Oui Combien?
 Numéro d'assurance maladie de chaque enfant

Pour les enfants de 18 ans ou plus, fournir une preuve de fréquentation scolaire à temps plein.

Résiliation de bail	Citoyenneté
Avez-vous dû résilier un bail par suite de votre admission? <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non * Fournir une copie du bail, une lettre de résiliation, une preuve des mois de pénalités et une preuve des paiements.	Êtes-vous né au Canada? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* Pays de naissance <input type="text"/> * Fournir une copie du recto et du verso de la dernière carte de résident permanent.

DÉCLARATION DES BIENS ET DES REVENUS

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.

LIQUIDITÉS	Usager	Conjoint (marié ou uni civilement) non hébergé
300	Comptes dans des institutions financières Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Numéro de compte <input type="text"/> Montant <input type="text"/> Numéro de compte <input type="text"/> Montant <input type="text"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Numéro de compte <input type="text"/> Montant <input type="text"/> Numéro de compte <input type="text"/> Montant <input type="text"/>
	Fournir une photocopie des livrets et des relevés de compte des institutions financières faisant état des opérations effectuées dans les six mois précédant la présente demande.	
301	Placements (Actions, bons d'épargne, certificats de dépôt, FERR, CELI, parts permanentes, etc.) Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Montant/valeur <input type="text"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Montant/valeur <input type="text"/>
	Fournir une photocopie des relevés de placements ou du portefeuille d'actions.	
302	REER Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Montant/valeur <input type="text"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Montant/valeur <input type="text"/>
	Fournir une photocopie des relevés de placements des six mois précédant la présente demande.	
310	Indemnisation (Hôp. St-Julien, Pav. St-Théophile, Institut Allan Memorial, Orphelins de Duplessis) Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Montant <input type="text"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Montant <input type="text"/>
	Fournir une preuve du montant reçu lors du règlement de l'action collective.	
310	Liquidités données au cours des deux dernières années (donation, cadeaux, etc.) Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Montant <input type="text"/> Date de donation <input type="text"/> Année <input type="text"/> Mois <input type="text"/> Jour <input type="text"/> Raison <input type="text"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Montant <input type="text"/> Date de donation <input type="text"/> Année <input type="text"/> Mois <input type="text"/> Jour <input type="text"/>
	Fournir une preuve des opérations financières.	

BIENS

Usager

Conjoint (marié ou uni civilement) non hébergé

410 **Propriété**
(Résidence principale)

Évaluation municipale Solde hypothécaire
 Non Oui \$ \$
 Habitez-vous cette propriété avant votre admission?
 Oui Non
 Depuis le Année Mois Jour

Évaluation municipale Solde hypothécaire
 Non Oui \$ \$
 Habitez-vous cette propriété?
 Oui Non
 Depuis le Année Mois Jour

Fournir une photocopie de l'évaluation municipale attestant la valeur de cette propriété et du relevé du solde du prêt hypothécaire du mois précédant la présente demande.

412 **Autres biens immobiliers**
(Résidence secondaire, terrain, immeuble, etc.)

Évaluation municipale
 Non Oui \$

Évaluation municipale
 Non Oui \$

Fournir une photocopie de l'évaluation municipale.

420 **Biens immobiliers et mobiliers donnés au cours des deux dernières années**

Valeur Date de donation
 Non Oui \$ Année Mois Jour

Valeur Date de donation
 Non Oui \$ Année Mois Jour

Fournir une photocopie du contrat notarié de donation.

441 **Autres biens mobiliers**
(Roulotte, bateau, motorisé, etc.)

Valeur marchande \$
 Non Oui

Valeur marchande \$
 Non Oui

Fournir une photocopie du document prouvant la valeur.

442 **Biens achetés avec l'argent d'une indemnisation**
(Hôp. St-Julien, Pav. St-Théophile, Institut Allan Memorial, Orphelins de Duplessis)

Valeur \$
 Non Oui

Valeur \$
 Non Oui

Fournir une photocopie du document prouvant la valeur.

REVENUS MENSUELS

Usager

Conjoint (marié ou uni civilement) non hébergé

500 à 505 **Pension de la Sécurité de la vieillesse**

\$
 Non Oui

\$
 Non Oui

Fournir une preuve du montant mensuel brut.

510 **Régime de rentes du Québec**

\$
 Non Oui

\$
 Non Oui

Fournir 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

Fournir une preuve du montant mensuel brut.

521 **Prestations de la sécurité sociale américaine**

\$
 Non Oui

\$
 Non Oui

Fournir une preuve du montant mensuel brut en argent américain.

522 **Pension autre pays**

\$
 Non Oui

\$
 Non Oui

Fournir une preuve du montant annuel en devise du pays.

530 **Revenu d'emploi**

\$
 Non Oui

\$
 Non Oui

Fournir une photocopie des deux dernières fiches de paie faisant état des déductions et du salaire brut.

532 **Revenu de location d'immeubles**

\$
 Non Oui

\$
 Non Oui

Fournir 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 de la santé et de la sécurité du travail (CSST)**

\$
 Non Oui

\$
 Non Oui

Fournir une preuve du montant mensuel brut.

543 **Revenu d'assurance salaire, invalidité**

\$
 Non Oui

\$
 Non Oui

Fournir une preuve du montant mensuel brut.

551 **Prestation fiscale canadienne pour enfants (PFCE)**

\$
 Non Oui

\$
 Non Oui

Fournir une preuve du montant mensuel.

560 **Rente, annuité ou revenu provenant d'une succession**

\$
 Non Oui

\$
 Non Oui

Fournir une preuve du montant mensuel brut et une photocopie du rapport du liquidateur, s'il y a lieu.

561 **Revenu de placements et d'obligations, intérêts, dividendes**

\$
 Non Oui

\$
 Non Oui

Fournir 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
 Préciser:

\$
 Non Oui
 Préciser:

Fournir une preuve du montant mensuel brut.

570 **Est-ce que vous ou votre conjoint recevez des indemnités d'un régime privé d'assurance pour payer votre contribution?**

\$
 Non Oui
 Préciser:

\$
 Non Oui
 Préciser:

Fournir un document qui confirme le montant mensuel versé.

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'usager ou de son représentant

Si la signature de l'usager est un X, un témoin doit signer.

Ind. rég. 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, bur. 213
 Montréal (Québec) H3A 3G5



INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LE FORMULAIRE

IDENTITÉ — Inscrivez tous les renseignements demandés et répondez à toutes les questions.

- ✓ Le numéro d'assurance maladie de la personne hébergée doit être indiqué.
- ✓ Pour évaluer le droit des personnes hébergées à l'exonération de la contribution, la Régie se fonde sur la Loi sur les services de santé et les services sociaux, qui ne reconnaît pas la séparation de fait, ni les conjoints de fait pour l'établissement de la contribution.
- ✓ Le jugement de séparation légale ou de divorce doit toujours inclure les mesures accessoires.

CONJOINT — À remplir si marié, séparé de fait ou uni civilement

- ✓ Inscrivez le numéro d'assurance maladie de votre conjoint.

ENFANTS À CHARGE — À remplir si vous avez des enfants de moins de 18 ans ou de 18 ans ou plus aux études à temps plein.

- ✓ Inscrivez le numéro d'assurance maladie de chaque enfant.

DÉCLARATION DES BIENS ET DES REVENUS

IMPORTANT

- Cochez OUI ou NON à chacune des questions de la section « Déclaration des biens et des revenus » de la personne hébergée et de son conjoint s'il y a lieu, sans quoi, nous vous retournerons le formulaire pour obtenir les renseignements manquants.
- Joignez une photocopie du document exigé pour chaque réponse par OUI, sinon nous vous enverrons une demande de production de document manquant.

Dans les deux cas, l'étude de la demande sera retardée.

LIQUIDITÉ — Inscrivez le numéro et le solde de tous les comptes bancaires (courants et d'épargne) et mentionnez tous les placements, REER, FERR et la valeur de chacun.

(lignes 300 à 310)

- ✓ Pour chacun des comptes bancaires, fournissez une photocopie des relevés des six mois précédant la demande d'exonération ou de réévaluation.
- ✓ Fournissez une photocopie du dernier relevé de portefeuille d'actions.
- ✓ Fournissez une photocopie du document faisant état du solde des placements, REER et FERR.

BIENS — Indiquez la valeur des biens.

(lignes 410 à 442)

- ✓ Fournissez une photocopie du document prouvant la valeur de chacun.

REVENUS MENSUELS — Fournissez une photocopie des deux dernières fiches de paie faisant état des déductions et du salaire brut.

(lignes 500 à 561)

- ✓ Si vous ou votre conjoint avez moins de 65 ans et que vous n'avez pas autorisé l'échange de renseignements avec Revenu Québec, fournissez une photocopie de la déclaration de revenus de la dernière année, transmise à Revenu Québec, avec une photocopie des relevés d'imposition et de l'avis de cotisation.
- ✓ Si vous ou votre conjoint avez des revenus d'intérêts ou de dividendes, fournissez une photocopie du relevé 3 joint à la déclaration de revenus transmise à Revenu Québec.

DÉCLARATION ET SIGNATURES

La signature de la personne hébergée ou de son représentant est **obligatoire** au traitement du présent document. De plus, dans le cas où elle aurait un conjoint, la signature de ce dernier ou celle de son représentant doit figurer dans l'espace prévu à cette fin. Si la signature de la personne hébergée est un X, un témoin doit signer.

N. B. Le formulaire original dûment rempli et les documents requis doivent nous être envoyés par courrier.

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

Vous pouvez nous joindre aux numéros de téléphone suivants :

Adultes hébergés

514 873-1529
1 800 265-0765

Ressources intermédiaires

514 873-1573
1 866 237-8311