

OUVERTURE DE DOSSIER

DEMANDEUR

☐ M. ☐ Mme.

NOM _____
PRÉNOM _____

CONJOINT

☐ M. ☐ Mme.

NOM _____
PRÉNOM _____

Année (s) de déclaration (s) à produire _____

COORDONNÉES

CONJOINT

Date de naissance _____
N.A.S. _____

remplir un formulaire distinct

Téléphone: _____
Courriel: (si inscrit ARC) _____
Adresse _____
app.: _____
Ville _____
Code postal _____

ASSURANCE MÉDICAMENTS

Cochez la situation qui vous correspond et inscrire les mois couverts; si vous avez été dans la même situation durant l'année complète, inscrire Année

Gouvernement RAMQ	☐	_____
Régime collectif personnel (employeur)	☐	_____
Régime collectif conjoint / parents	☐	_____
Autochtone	☐	_____

ÉTAT CIVIL

Mon état civil a changé durant l'année Oui Non

Nouvel état civil (célibataire, veuf, conjoint de fait, marié, séparé) _____
Date du changement (jj / mm / aaaa) _____

PARTICULARITÉ

Cocher les situations qui vous concerne

J'ai habité seul toute l'année	☐	J'ai eu à me déplacer à l'extérieur de la ville pour des soins médicaux	☐
J'ai acheté une première résidence	☐		
J'ai procédé à la vente d'un immeuble	☐	Je suis travailleur autonome	☐
		*Remplir le formulaire à cet effet	

PERSONNES À CHARGE

Nom, Prénom	Lien	Date de naissance	Handicap	Études Post.sec.
_____			☐	☐
_____			☐	☐
_____			☐	☐
_____			☐	☐

AUTRES NOTES

