

Modification du nombre d'enfants à charge
Allocation famille

Toute modification de la garde d'un enfant doit nous être signalée dans les plus brefs délais. Remplissez ce formulaire si vous n'avez plus la charge d'un enfant à la suite de l'une des situations suivantes :

- vous n'avez plus la garde de l'enfant à la suite d'un changement de garde;
- l'enfant ne réside plus avec vous;
- l'enfant est décédé.

Veuillez écrire en lettres détachées.

Inscrivez votre numéro d'assurance sociale ▶

--	--	--

1. Renseignements sur votre identité

Sexe	Nom de famille	Prénom	
<input type="checkbox"/> F	Date de naissance année mois jour	Nom de famille de votre mère à sa naissance (sans son prénom)	
<input type="checkbox"/> M			
Votre adresse (numéro, rue, appartement)			
Ville		Province	Pays
			Code postal
Téléphone		Autre	Poste
	ind. rég.	ind. rég.	

2. Renseignements sur l'identité de l'enfant qui n'est plus à votre charge

Sexe	Nom de famille	Prénom	
<input type="checkbox"/> F	Date de naissance année mois jour	Nom de famille de sa mère à la naissance (sans son prénom)	
<input type="checkbox"/> M			
Indiquez la raison pour laquelle cet enfant n'est plus à votre charge.			
<hr/> <hr/>			
Depuis quelle date? année mois jour			
Depuis quelle date?			
Autre enfant qui n'est plus à votre charge			
Sexe	Nom de famille	Prénom	
<input type="checkbox"/> F	Date de naissance année mois jour	Nom de famille de sa mère à la naissance (sans son prénom)	
<input type="checkbox"/> M			
Si la raison pour laquelle cet enfant n'est plus à votre charge est la même que pour le premier enfant, cochez cette case. <input type="checkbox"/>			
Sinon, indiquez la raison.			
<hr/> <hr/>			
Depuis quelle date? année mois jour			
Depuis quelle date?			

Veillez remplir la section de la page suivante.

--	--	--

Autre enfant qui n'est plus à votre charge

Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nom de famille	Prénom
	Date de naissance année mois jour	Nom de famille de sa mère à la naissance (sans son prénom)

Si la raison pour laquelle cet enfant n'est plus à votre charge est la même que pour le premier enfant, cochez cette case.
 Sinon, indiquez la raison.

Depuis quelle date? année mois jour

Si vous désirez inscrire plus de trois enfants, veuillez nous fournir, sur une feuille séparée, les renseignements demandés sur chacun des enfants et votre numéro d'assurance sociale. Vous devez signer la feuille et la joindre au formulaire.

3. Déclaration et signatures

Une fausse déclaration est une infraction et peut entraîner des conséquences.

Je déclare que tous les renseignements fournis sur ce formulaire sont complets et exacts.

Votre signature _____ Date année mois jour

Si vous avez rempli ce formulaire pour une autre personne, veuillez indiquer votre identité :

Nom de famille	Prénom
----------------	--------

À titre de

Téléphone ind. rég. Autre ind. rég. Poste

Signature _____ Date année mois jour

Pour obtenir plus de renseignements**Par Internet**

Mon dossier

Accédez à votre dossier
en tout temps

www.retraitequebec.gouv.qc.ca

Par téléphone

Région de Québec: **418 643-3381**

Région de Montréal: **514 864-3873**

Sans frais: **1 800 667-9625**

Veuillez retourner ce formulaire à :

**Retraite Québec
Allocation famille
Case postale 7777
Québec (Québec) G1K 7T4**