



N° d'allocation	N° du dossier
	N° du RPSC

## DEMANDE D'ALLOCATION AUX ANCIENS COMBATTANTS

Renseignements protégés une fois le formulaire rempli.

### À l'usage du bureau seulement

<b>Indiquer la langue officielle de votre choix :</b>  a) en communication orale    français <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> b) dans la correspondance    français <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/>  <b>Quelle est la langue de choix de votre époux(se) ou conjoint(e) de fait?</b>  a) en communication orale?    français <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> b) dans la correspondance?    français <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/>	Date du premier contact	DATE REÇUE AU BR (Tampon dateur)
	<b>MÉTHODE DE LA DEMANDE</b>  Téléphone <input type="checkbox"/> Poste <input type="checkbox"/> En personne <input type="checkbox"/> Autre (spécifier) <input type="checkbox"/>	

### A - RENSEIGNEMENTS SUR LE (LA) REQUÉRANT(E)

M. <input type="checkbox"/>	M <sup>ME</sup> <input type="checkbox"/>	Nom de famille	Prénom et initiales		
	M <sup>LLE</sup> <input type="checkbox"/>				
Adresse au domicile			Adresse postale (si elle diffère)		
Code postal			Code postal		
Numéro de téléphone à domicile Indicatif rég. (    ) -			Numéro de téléphone au travail ou autre Indicatif rég. ① (    ) -		
② Homme <input type="checkbox"/>	Femme <input type="checkbox"/>	Date de naissance	Année	Mois	Jour
		Nom de jeune fille (s'il y a lieu)			
N° d'assurance sociale		N° de sécurité de la vieillesse		N° d'assurance-hospitalisation provinciale	
③ Êtes-vous ou votre époux(se)/conjoint(e) de fait considéré(e) aveugle?		Oui <input type="checkbox"/>	Si <b>oui</b> , veuillez inclure un certificat médical ou indiquer le numéro de l'INCA : _____		
		Non <input type="checkbox"/>			

N° d'allocation	N° du dossier
	N° du RPSC

**4 Situation de famille du (de la) requérant(e)**

Célibataire  Survivant(e)  Séparé(e)  Divorcé(e)  Marié(e)  Relation de fait

Date du mariage ou début de la relation de fait Année    Mois    Jour

Vivez-vous séparé(e) par choix  par obligation

Veillez donner l'adresse de votre époux(se)/conjoint(e) de fait si vous vivez séparé(e) par obligation, ainsi que la raison :

Raison : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

<p>Avez-vous déjà reçu ou demandé l'allocation aux anciens combattants?</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>Si vous n'êtes pas un ancien combattant ou civil, veuillez identifier :</p> <p>Survivant(e) <input type="checkbox"/> Époux(se)/conjoint(e) de fait <input type="checkbox"/> Orphelin/orpheline <input type="checkbox"/></p>
--	--

**Si vous faites votre demande à titre de survivant(e), époux(se)/conjoint(e) de fait ou orphelin/orpheline de l'ancien combattant, ou du civil :**

a) Date de décès de l'ancien combattant/civil Année    Mois    Jour

b) Habitez-vous avec l'ancien combattant/civil, au moment du décès? Oui  Non

c) Au moment de son décès, l'ancien combattant/civil était-il à votre charge ou vous à la sienne? Oui  Non

d) Est-ce que l'ancien combattant/civil recevait l'allocation d'ancien combattant en votre nom au moment du décès? Oui  Non

**Renseignements sur les requérants(tes) de moins de 60 ans ou 55 ans**

**Tout requérant ayant moins de 60 ans ou toute requérante ayant moins de 55 ans DOIT remplir cette section.**

a) Avez-vous la charge d'un enfant résidant chez vous? Oui  Non

b) Êtes-vous capable de travailler? Oui  Non   
Si **non**, veuillez donner une raison :

c) Avez-vous des problèmes de santé? Oui  Non   
Si **oui**, veuillez les décrire :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N° d'allocation	N° du dossier
	N° du RPSC

### Renseignements sur l'époux(se) ou conjoint(e) de fait du (de la) requérant(e) (s'il y a lieu)

Nom de famille	Prénom et initiales	Date de naissance	Année	Mois	Jour
N° d'assurance sociale	N° de sécurité de la vieillesse	N° d'assurance-hospitalisation provinciale			

Est-ce que votre époux(se) ou conjoint(e) de fait est ancien combattant ou civil? Oui  Non   
 Si **oui**, veuillez indiquer son numéro matricule :

### 5 Renseignements sur les enfants à charge

Nom de famille	Prénom	Lien de parenté	Date de naissance			Aux études? Cochez un (✓)	
			Année	Mois	Jour	OUI Heures par semaine	NON

Si l'un de vos enfants à charge est handicapé, veuillez encercler son prénom ci-dessus et joindre un certificat médical lequel doit indiquer la date à laquelle l'invalidité est survenue.

### B - RENSEIGNEMENTS SUR L'ANCIEN COMBATTANT/CIVIL

Nom de famille (pendant le service)	Prénom et initiales	Date de naissance	Année	Mois	Jour
6					

7	Première Guerre mondiale	Seconde Guerre mondiale	Guerre de Corée
N°(s) matricule(s)			

N° d'allocation	N° du dossier
	N° du RPSC

**8** **Veillez donner les dates et lieux des enrôlements/engagements**  
**(S'applique aux anciens combattants des Forces armées seulement.)**

Date (année/mois/jour)	Ville	Province	Pays

<b>9</b>	Pays de résidence au moment du service	Citoyenneté au moment du service	Pour quel(s) pays avez-vous servi?
	Est-ce qu'une pension a été accordée pour une invalidité liée à la guerre ou est-ce qu'une somme forfaitaire en a tenu lieu?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si <b>oui</b> , de quel pays? _____ N° de pension : _____
	Pour le service au Canada seulement, avez-vous été, durant votre service, au-delà des eaux territoriales du Canada?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si <b>oui</b> , précisez quelles étendues d'eau vous avez parcourues pendant votre service.

**10** **Veillez donner les détails du service en temps de guerre pendant un voyage :**  
**(Ceci s'applique aux anciens combattants de la marine marchande.)**

Nom du navire, numéro d'enregistrement et pays d'enregistrement	Date, ville, province et pays au début du voyage	Places du voyage et/ou la description du voyage	Date, ville, province et pays à la fin du voyage

N° d'allocation	N° du dossier
	N° du RPSC

**11 C - REVENU MENSUEL BRUT**

Veuillez déclarer votre revenu (et celui de votre époux(se)/conjoint(e) de fait) provenant des sources suivantes en indiquant le montant mensuel brut de votre dernier chèque :	Requérant(e)	Époux(se)/conjoint(e) de fait
Sécurité de la vieillesse, Supplément de revenu garanti ou Allocation		
Pension d'invalidité de guerre d'Anciens Combattants Canada		
Pension d'invalidité de guerre d'un pays étranger (préciser le pays)		

**Veuillez envoyer une copie de votre dernière déclaration de revenus avec votre demande.**

**12 D - REVENU ANNUEL (voir le guide)**

Veuillez déclarer votre revenu annuel (et celui de votre époux(se)/conjoint(e) de fait) pour L'ANNÉE CIVILE précédente (janvier - décembre)	Requérant(e)	Époux(se)/conjoint(e) de fait
Régime des pensions du Canada ou Régime de rentes du Québec		
Autre revenu de pensions (pension de retraite, rentes ou indemnisation des accidentés du travail) (préciser)		
Prestations d'assurance-emploi		
Intérêt net		
100 p.100 dividendes _____ \$ +50 p.100 gains en capital _____ \$ =		
Revenu net de loyer		
Revenu net d'emploi		
Revenu net d'un travail autonome		
Revenu d'autres sources (préciser)		
Autres déductions (préciser)		
Total du revenu annuel (Si vous ou votre époux(se)/conjoint(e) de fait n'aviez aucun revenu, écrivez « néant ».)		

**13 E - MESURE D'OPTION**

Remplissez cette section uniquement si vous ou votre époux(se)/conjoint(e) de fait avez subi une réduction de votre revenu au cours de l'année tel qu'indiqué à la section D.				
Précisez brièvement la raison pour laquelle votre revenu a été réduit :	Précisez la date du changement	Année	Mois	Jour

N° d'allocation	N° du dossier
	N° du RPSC

Les renseignements fournis sur ce formulaire sont recueillis en vertu de la *Loi sur les allocations aux anciens combattants* aux fins de déterminer l'admissibilité aux prestations conformément à cette loi. Ils sont protégés contre toute divulgation non autorisée en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels* du Canada. Vous pouvez demander par écrit une copie de ce formulaire en citant le fichier de renseignements personnels n° VAC PPU 040.

**Faire une fausse déclaration dans le but d'en tirer un avantage constitue une infraction.**

Votre déclaration de revenus pourrait être vérifiée auprès de l'Agence du revenu du Canada et de la Direction générale des programmes de la sécurité du revenu de Développement social Canada.

**14 F - DÉCLARATION**

Conformément au paragraphe 11 (1) du *Règlement sur les allocations aux anciens combattants*, je comprends que, à titre d'allocataire, je dois immédiatement aviser le Ministère de tout changement au niveau de ma situation matrimoniale ou de ma relation de fait, selon le cas.

Je déclare que les renseignements fournis sont, en autant que je sache, exacts et complets.

x \_\_\_\_\_  
Signature du (de la) requérant(e) Date

(ou signature de la personne qui remplit le formulaire au nom du (de la) requérant(e))

x \_\_\_\_\_  
Signature de l'époux(se)/du (de la) conjoint(e) Date  
de fait du (de la) requérant(e)

Si ce formulaire a été rempli par quelqu'un d'autre que l'ancien combattant ou le civil, ou la personne à charge survivante, l'orphelin ou l'orpheline, l'époux(se) ou le (la) conjoint(e) de fait de l'ancien combattant ou du civil, veuillez indiquer le nom de cette personne et son numéro de téléphone :

Nom \_\_\_\_\_ N° de téléphone \_\_\_\_\_

**Si ce formulaire a été signé** par quelqu'un d'autre que l'ancien combattant ou le civil, la personne à charge survivante, l'orphelin ou l'orpheline, ou l'époux(se) ou le (la) conjoint(e) de fait de l'ancien combattant ou du civil, **les documents de curatelle ou une procuration** doivent accompagner cette demande.