



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. <b>1</b> (    ) -		
<b>2</b> 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	
<b>3</b> 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

