

**DEMANDE D'ACHAT DES ACTIONS PAR FONDATION
 LORS D'UNE DIMINUTION DES REVENUS FAMILIAUX APRÈS IMPÔT DE 20% OU PLUS
 LORSQU'UN ACTIONNAIRE OU SON (SA) CONJOINT(E) AGIT COMME AIDANT NATUREL**
 (ACTIONS DE CATÉGORIE A - SÉRIE 1 - COMPTE ENREGISTRÉ OU SÉRIE 2 - COMPTE NON ENREGISTRÉ)

SECTION 1 : IDENTIFICATION DE L'ACTIONNAIRE

ACTIONNAIRE	PERSONNE QUI AGIT COMME AIDANT NATUREL
NOM ET PRÉNOM :	<input type="checkbox"/> ACTIONNAIRE
DATE DE NAISSANCE (année/mois/jour) :	<input type="checkbox"/> CONJOINT(E)
ADRESSE :	SI CONJOINT(E) DE L'ACTIONNAIRE (S'IL Y A LIEU)
TÉLÉPHONE :	NOM ET PRÉNOM : _____
COURRIEL :	PERSONNE AIDÉE
NUMÉRO D'ADHÉSION :	NOM ET PRÉNOM : _____
	DATE DE NAISSANCE : A , A , A , A M , M J , J
	LIEN DE PARENTÉ : _____

SECTION 2 : ACHAT

NOMBRE D'ACTIONS	<p>Je demande à Fondation d'acheter :</p> <input type="checkbox"/> toutes mes actions détenues depuis au moins deux (2) ans, OU <input type="checkbox"/> un nombre suffisant de mes actions détenues depuis au moins deux (2) ans pour un montant AVANT retenues fiscales de _____ \$, OU <input type="checkbox"/> un nombre suffisant de mes actions détenues depuis au moins deux (2) ans pour un montant APRÈS retenues fiscales de _____ \$
-------------------------	--

SECTION 3 : DOCUMENTS REQUIS

DOCUMENTS À FOURNIR	<p>Je joins à la demande tous les documents obligatoires suivants</p> <ul style="list-style-type: none"> - Document prouvant que la personne aidée est âgée de 70 ans et plus, OU - Document prouvant que la personne aidée est âgée de 18 ans et plus ET certificat du médecin traitant attestant qu'elle est atteinte d'une déficience grave des fonctions mentales ou physiques <p>Preuve de la survenance de l'événement déclencheur de la diminution des revenus après impôt (ex. fin d'emploi ou réduction des heures travaillées) et établissant que cette diminution de revenus dure depuis au moins deux mois consécutifs</p> <p>Preuve des revenus familiaux de toute provenance après impôt AVANT l'événement (ex. déclaration de revenus, talons de chèques de paie, prestations d'assurance-emploi)</p> <p>Preuve des revenus familiaux de toute provenance après impôt APRÈS l'événement pour les deux derniers mois (ex. déclaration de revenus, talons de chèques de paie, prestations d'assurance-emploi)</p> <input type="checkbox"/> Déclaration(s) solennelle(s) de toutes mes institutions financières <input type="checkbox"/> Consentement à l'utilisation et à la divulgation de renseignements
----------------------------	---

SECTION 4 : MODE DE PAIEMENT

PAIEMENT	<p>Je demande à Fondation :</p> <p><input type="checkbox"/> de procéder à un dépôt direct sur mon compte à mon institution financière <i>(joindre un spécimen de chèque personnalisé portant la mention "NUL")</i></p> <p>Nom de l'institution : _____</p> <p><input type="checkbox"/> d'émettre un chèque à mon attention et le poster à l'adresse inscrite à la section 1</p>
-----------------	---

SECTION 5 : DÉCLARATION ET SIGNATURE

Je déclare solennellement que les renseignements fournis dans ce formulaire et dans les documents joints à cette demande sont exacts et complets, que la diminution des revenus familiaux découle de la nécessité pour moi ou mon (ma) conjoint(e) d'agir à titre d'aidant naturel auprès d'un membre de notre famille et que la diminution des revenus perdure en date de la signature des présentes. Je déclare également que tous mes placements, et ceux de mon (ma) conjoint(e) le cas échéant, incluant les REER et les CRI ont été encaissés ou qu'ils ne sont pas encaissables.

Je comprends que je ne pourrai pas acquérir de nouvelles actions pour un délai de un an à partir de la date de cette demande.

Si compte enregistré (actions de catégorie A - série 1)

Je reconnais que les sommes payables en contrepartie de l'achat de mes actions s'ajoutent à mon revenu imposable ou à celui de mon (ma) conjoint(e) le cas échéant et que Fondation devra par ailleurs effectuer sur ces sommes les retenues fiscales prévues par la loi.

Si compte non-enregistré (actions de catégorie A - série 2)

Je reconnais que les sommes payables en contrepartie de l'achat de mes actions peuvent générer un gain ou une perte en capital qui doit être pris en compte et s'ajouter à mon revenu imposable ou réduire ce dernier.

SIGNATURE (S)

Signature de l'actionnaire	Date
X _____	A . A . A . A M . M J . J
Signature du conjoint ou de la conjointe de l'actionnaire (le cas échéant)	Date
X _____	A . A . A . A M . M J . J

SVP, imprimez le formulaire, signez-le et renvoyez-le par la poste par la suite ou encore, numérisez-le et envoyez-le par courriel.

**DEMANDE D'ACHAT DES ACTIONS PAR FONDATION
 CONSENTEMENT À L'UTILISATION ET À LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS**

ACTIONNAIRE	CONJOINT(E) DE L'ACTIONNAIRE
NOM ET PRÉNOM :	NOM ET PRÉNOM : _____ ADRESSE : _____
ADRESSE :	
NUMÉRO D'ADHÉSION :	

CONSENTEMENT

Je consens à ce que Fondation recueille auprès de toute personne concernée les renseignements nécessaires à l'évaluation de ma demande d'achat de mes actions.

Je consens à ce que la personne contactée communique de tels renseignements à Fondation, cela étant valable même si les renseignements concernent un dossier fermé ou inactif. Je consens à ce que Fondation communique à tout prêteur, agent de renseignements personnels, coemprunteur ou caution éventuelle les renseignements qu'elle jugera appropriés concernant la présente demande d'achat mentionnée ci-dessus.

SIGNATURE DE L'ACTIONNAIRE	
Signature	Date
X _____	A . A . A . A M . M J . J

SIGNATURE DU CONJOINT OU DE LA CONJOINTE	
Signature	Date
X _____	A . A . A . A M . M J . J

SVP, imprimez le formulaire, signez-le et renvoyez-le par la poste par la suite ou encore, numérisez-le et envoyez-le par courriel.

DÉCLARATION SOLENNELLE DE L'INSTITUTION FINANCIÈRE DE L'ACTIONNAIRE OU DE SON (SA) CONJOINT(E)

ACTIONNAIRE	CONJOINT(E) DE L'ACTIONNAIRE
NOM ET PRÉNOM :	
ADRESSE :	NOM ET PRÉNOM : _____
	ADRESSE : _____
NUMÉRO D'ADHÉSION :	

Veuillez faire remplir cette déclaration solennelle par toutes les institutions financières où vous ou votre conjoint(e) détenez un compte bancaire ou des placements.

Nom du détenteur du compte : _____

Numéro du compte : _____

Solde du compte : _____ \$

Nous confirmons l'absence de placement encaissable dans notre institution financière.

(Un placement est considéré encaissable même si son retrait génère des frais ou une perte de rendement)

ET

Nous fournissons un profil ou portrait financier des actifs et passifs détenu par l'actionnaire ou son (sa) conjoint(e).

 Nom de l'institution financière

 Nom et prénom de la personne responsable du dossier

 Adresse Ville Code postal

 Téléphone Télécopieur Courriel

SIGNATURE

J'atteste que les renseignements fournis sont exacts.

Signature de la personne responsable du dossier

Date

X _____

| A . A . A . A | M . M | J . J |

SVP, imprimez le formulaire, signez-le et renvoyez-le par la poste par la suite ou encore, numérisez-le et envoyez-le par courriel.