

Partie A - Renseignements sur l'identité du prestataire

(Le terme « prestataire » désigne toute personne qui reçoit une prestation de la CARRA.)

Nom de famille		Prénom		Numéro d'assurance sociale			
Nom à la naissance (s'il est différent)		Date de naissance			Année	Mois	Jour

Adresse de domicile

Numéro		Rue, avenue, boulevard		App.	Case postale		Succursale
Ville, village, municipalité			Province ou état		Code postal		Pays

Autres moyens de communication

Indicatifs		Téléphone au domicile		Indicatifs		Téléphone au travail		Poste	
Indicatifs		Téléphone cellulaire		Langue de correspondance					
<input type="checkbox"/> Français						<input type="checkbox"/> Anglais			

J'atteste que les renseignements fournis dans la partie A de ce formulaire sont exacts et complets.

Signature du prestataire			Date	Année	Mois	Jour
--------------------------	--	--	------	-------	------	------

Partie B - Mandataire

(Si le prestataire ne peut pas signer la partie A en raison d'une incapacité physique ou mentale, son mandataire doit remplir et signer la partie B. À noter que le présent formulaire ne constitue pas un mandat de représentation du prestataire. Seul le mandataire ayant un **mandat légal** peut signer ce formulaire.)

Nom de famille		Prénom		Lien avec le prestataire					
Numéro		Rue, avenue, boulevard		Sexe					
<input type="checkbox"/> Féminin						<input type="checkbox"/> Masculin			
Ville, village, municipalité			Province ou état		Code postal		Pays		
Indicatifs		Téléphone au domicile		Indicatifs		Téléphone au travail		Poste	

J'atteste que je suis le mandataire légalement autorisé pour agir au nom du prestataire identifié dans la partie A. J'atteste également que le prestataire est toujours en vie et que le mandat est toujours valide et qu'il n'a pas été révoqué. De plus, j'atteste que tous les renseignements fournis dans la partie B sont exacts et complets.

Signature du mandataire			Date	Année	Mois	Jour
-------------------------	--	--	------	-------	------	------

