

**FORMULE N° 1  
ATTESTATION CONCERNANT UN RETRAIT  
POUR DIFFICULTÉS FINANCIÈRES**

Numéro de compte

1. **Destinataire :** \_\_\_\_\_  
(NOM DE L'INSTITUTION FINANCIÈRE)

2. **Liste des régimes immobilisés concernés réglementés par le gouvernement fédéral :** (Indiquez tout régime immobilisé et enregistré d'épargne-retraite, fonds de revenu viager, régime d'épargne immobilisé restreint ou fonds de revenu viager restreint que vous détenez auprès de l'institution financière mentionnée ci-dessus et du ou desquels vous souhaitez retirer ou transférer les fonds.)

(a) \_\_\_\_\_

(b) \_\_\_\_\_

(c) \_\_\_\_\_

**3. Attestation**

Je, \_\_\_\_\_, résidant au \_\_\_\_\_,  
(NOM) (ADRESSE)

dans la ville de \_\_\_\_\_, dans la province de \_\_\_\_\_, atteste ce qui suit :

Je détiens le ou les régimes immobilisés réglementés par le gouvernement fédéral mentionnés à la section 2. Le jour où je signe la présente attestation, la ou les affirmations suivantes s'appliquent :

(A) Retrait pour dépenses relatives à un traitement médical, à un traitement lié à une invalidité ou à une technologie d'adaptation

(a)  Mon revenu total prévu pour l'année civile, calculé conformément à la *Loi de l'impôt sur le revenu* [à l'exclusion du retrait dont il est question à la ligne G ci-dessus et de tout retrait effectué dans les 30 jours précédant la présente demande en vertu de l'alinéa 20(1) d), 20.1(1)m), 20.2(1)e) ou 20.3(1)m) du *Règlement de 1985 sur les normes de prestation de pension*], est de \_\_\_\_\_ \$;

(b)  Je sou mets une lettre signée par un médecin attestant qu'un traitement médical, un traitement lié à une invalidité ou une technologie d'adaptation est requis;

(c)  Je prévois que les dépenses relatives au traitement médical, au traitement lié à une invalidité ou à la technologie d'adaptation décrit dans le certificat du médecin s'élèveront à \_\_\_\_\_ \$, ce qui est supérieur à 20 % de mon revenu total prévu pour l'année civile;

(d)  Je n'ai effectué aucun autre retrait au cours de l'année civile, si ce n'est celui effectué dans les 30 jours précédant la présente demande, tel que le stipule l'alinéa 20(1) d), 20.1(1)m), 20.2(1)e) ou 20.3(1)m) du *Règlement de 1985 sur les normes de prestation de pension*.

et

(B) Retrait en raison d'un faible revenu

Mon revenu total prévu pour l'année civile, calculé conformément à la *Loi de l'impôt sur le revenu* [à l'exclusion du retrait dont il est question à la ligne G ci-dessus et de tout retrait effectué dans les 30 jours précédant la présente demande en vertu de l'alinéa 20(1) d), 20.1(1)m), 20.2(1)e) ou 20.3(1)m) du *Règlement de 1985 sur les normes de prestation de pension*], est inférieur aux trois quarts du maximum des gains annuels ouvrant droit à pension, tel que défini dans le *Règlement de 1985 sur les normes de prestation de pension*.

#### 4. Montant du retrait

- A. Revenu prévu au cours de la présente année civile calculé conformément à la *Loi de l'impôt sur le revenu*. \_\_\_\_\_ \$
- B. Montant total des retraits pour difficultés financières effectués au cours de l'année civile d'un régime immobilisé et enregistré d'épargne-retraite, d'un fonds de revenu viager, d'un fonds de revenu viager restreint et d'un régime d'épargne immobilisé restreint réglementés par le gouvernement fédéral. \_\_\_\_\_ \$
- B(i) : montant total de B lié à un faible revenu \_\_\_\_\_ \$
- B(ii) : montant total de B lié à des dépenses médicales ou d'invalidité \_\_\_\_\_ \$
- C. 50 % du maximum des gains annuels ouvrant droit à pension, tel que défini dans le *Règlement de 1985 sur les normes de prestation de pension*. \_\_\_\_\_ \$

#### CALCUL DE LA PORTION DU RETRAIT LIÉ À UN FAIBLE REVENU

(À remplir uniquement si le retrait est lié à un faible revenu.)

#### D. Retrait lié à un faible revenu

Inscrivez le montant de la ligne D(iv) s'il est supérieur à «0», sinon inscrivez «0».

\_\_\_\_\_ \$

D(i) A - B \_\_\_\_\_ \$

D(ii) 66,6 % de D(i) \_\_\_\_\_ \$

D(iii) C - D(ii) \_\_\_\_\_ \$

D(iv) D(iii) - B(i) \_\_\_\_\_ \$

#### CALCUL DE LA PORTION DU RETRAIT LIÉ À DES DÉPENSES MÉDICALES OU D'INVALIDITÉ

(À remplir uniquement si le retrait est lié à des dépenses médicales ou d'invalidité)

#### E. Montant total prévu des dépenses médicales ou d'invalidité justifiant le retrait. Inscrivez le montant de la ligne E(v).

E(i) Montant total prévu des dépenses médicales ou d'invalidité au cours de l'année civile certifiées comme nécessaires par un médecin.

\_\_\_\_\_ \$

E(ii) A - B \_\_\_\_\_ \$

E(iii) 20 % de E(ii) \_\_\_\_\_ \$

E (iv) Si E(i) est supérieur ou égal à E(iii), inscrivez E(i), sinon inscrivez «0». \_\_\_\_\_ \$

E(v) Inscrivez le montant le moins élevé entre E(iv) et C. \_\_\_\_\_ \$

#### CALCUL DU RETRAIT POUR DIFFICULTÉS FINANCIÈRES

#### F. Montant total admissible dans le cadre d'un retrait pour difficultés financières.

Inscrivez le montant de la ligne F(iii).

\_\_\_\_\_ \$

F(i) D + E \_\_\_\_\_ \$

F(ii) C - B \_\_\_\_\_ \$

F(iii) Inscrivez le montant le plus faible entre F(i) et F(ii). \_\_\_\_\_ \$

#### G. Montant total que le demandeur souhaite retirer.

Inscrivez un montant inférieur ou égal au montant de la ligne F.

\_\_\_\_\_ \$

#### 5. Signatures

Déclaré sous serment devant moi, le \_\_\_\_\_ jour du mois de

\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

à \_\_\_\_\_, dans la province de

\_\_\_\_\_.

Notaire public, commissaire ou autre personne autorisée à enregistrer des déclarations sous serment.

SIGNATURE DU DEMANDEUR