

1. **Institution financière concernée :** *(inscrire le nom de l'institution financière)*

2. **Régimes immobilisés régis par une loi fédérale** *(Veuillez indiquer tous les régimes enregistrés d'épargne-retraite immobilisée, fonds de revenu viager, régimes d'épargne immobilisée restreints ou fonds de revenu viager restreint qui sont déposés auprès de l'institution financière indiquée à l'article 1 et desquels vous avez l'intention de retirer ou de transférer des fonds) :*

- a) _____
b) _____
c) _____

3. Attestation

Moi, (nom du demandeur) _____, au (adresse du demandeur)
_____, ville de _____, (province de)
_____, je certifie ce qui suit :

Je détiens les régimes immobilisés indiqués à l'article 2. À la date où je signe la présente attestation *(cochez toutes les affirmations applicables)* :

A) Retrait pour des dépenses liées à des frais de traitement médical, de traitement relié à une invalidité ou de technologie d'adaptation :

- a) _____ le revenu total que je prévois toucher pour l'année civile, calculé conformément à la *Loi de l'impôt sur le revenu* (sans tenir compte du retrait visé au point G ci-dessous ni d'aucune somme retirée en vertu des alinéas 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* au cours des trente jours précédant cette demande) est de _____ \$.
- b) _____ je produis un certificat signé par un médecin indiquant que le traitement médical, le traitement relié à une invalidité ou la technologie d'adaptation est nécessaire.
- c) _____ je prévois engager des dépenses liées au traitement médical, au traitement relié à une invalidité ou à la technologie d'adaptation mentionnée dans le certificat d'un montant _____ \$, ce qui représente plus de 20% du revenu total que je prévois toucher pour l'année civile.
- d) _____ je n'ai fait aucun retrait en vertu des alinéas 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* pendant l'année civile, sauf les retraits effectués au cours des trente jours précédant cette demande.

B) Retrait fondé sur un faible revenu

_____ le revenu total que je prévois toucher pour l'année civile, calculé conformément à la *Loi de l'impôt sur le revenu* (sans tenir compte du retrait visé au point G ci-dessous ni d'aucune somme retirée en vertu des alinéas 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* au cours des trente jours précédant cette demande) est inférieur aux trois quarts du maximum des gains annuels ouvrant droit à pension au sens de la *Loi de 1985 sur les normes de prestation de pension*.

4. Montant du retrait demandé

A	Revenu total prévu pour l'année civile, calculé conformément à la <i>Loi de l'impôt sur le revenu</i> .	\$ _____		
B	Total des retraits effectués, en raison des difficultés financières, des régimes immobilisés régis par une loi fédérale : de tout régime enregistré d'épargne-retraite immobilisée, fonds de revenu viager, régime d'épargne immobilisée restreint, fonds de revenu viager restreint, pendant l'année civile.	\$ _____		
	B(i) : partie du total indiquée en B attribuable à des raisons de faibles revenus	\$ _____		
	B(ii) : partie du total indiquée en B attribuable à des problèmes médicaux ou reliés à l'invalidité	\$ _____		
C	Somme correspondant à 50 % du maximum des gains annuels ouvrant droit à pension au sens de la <i>Loi de 1985 sur les normes de prestation de pension</i> .	\$ _____		
<p>CALCUL DE LA PARTIE DU RETRAIT EFFECTUÉE EN RAISON DE FAIBLES REVENUS (Remplir seulement en cas de retrait pour des raisons de faible revenu.)</p>				
D	Partie du retrait effectuée en raison de faibles revenus Reportez le montant inscrit au point 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)	\$ _____	
<p>CALCUL DE LA PARTIE DU RETRAIT EFFECTUÉE POUR DES RAISONS MÉDICALES OU D'INVALIDITÉ (Remplir seulement en cas de retrait demandé pour ces raisons.)</p>				
E	Montant estimatif des dépenses prévues pour des raisons médicales ou reliées à l'invalidité et pour lesquelles un retrait d'un régime immobilisé est demandé.			\$ _____

Reportez le montant inscrit à E(v)				
E(i) Montant estimatif des dépenses prévues pour des raisons médicales ou reliées à l'invalidité, au cours de l'année civile et pour lesquelles un certificat médical est nécessaire.			\$ _____	
	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 moins élevé de E(iv) et C	\$ _____	
CALCUL DE L'ENSEMBLE DES RETRAITS EN RAISON DE DIFFICULTÉS FINANCIÈRES				
F	Montant total admissible pour les retraits liés aux difficultés financières Reportez le montant inscrit à F(iii)			\$ _____
		F(i)	D + E	\$ _____
		F(ii)	C - B	\$ _____
		F(iii)	Inscrivez le moins élevé de F(i) et F(ii)	\$ _____
G	Montant total du retrait demandé Inscrivez F ou un montant inférieur			\$ _____

5. Signatures

Assermenté devant moi _____ le _____ 20 _____

à _____, dans la province de _____

Signature du demandeur _____

Notaire public, commissaire à l'assermentation ou toute autre personne autorisée à faire prêter serment.