

AIDE MÉMOIRE - SALARIÉ(E)



REVENU	REVENU DE PLACEMENT	FRAIS MÉDICAUX	AUTRES DOCUMENTS
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> REVENU EMPLOI (T4/RL1) <input type="checkbox"/> REVENU AUTRES (T4A/RL1) <input type="checkbox"/> BOURSE D'ÉTUDES (T4A/RL1) <input type="checkbox"/> ASSURANCE-EMPLOI (T4E/T4E(Q)) <input type="checkbox"/> PRESTATION PARENTALE (T4E/RL6) <input type="checkbox"/> PRESTATION SOCIALE, CNESST, SAAQ (T5007/RL5) <input type="checkbox"/> PLACEMENTS, DIVIDENDES (T5/RL3) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> REVENU DES RÉPARTITION DE FIDUCIES (T3/RL16) <input type="checkbox"/> REVENU DE PLACEMENT (T5/RL3) <input type="checkbox"/> REVENU D'INTÉRÊTS - INSTITUTION FINANCIÈRE (T5/RL3) <input type="checkbox"/> REVENU D'UN RÉGIME D'INTÉRESSEMENT (T4PS/RL25) <input type="checkbox"/> REVENU DE SOCIÉTÉ DE PERSONNES (T5013/RL15) <input type="checkbox"/> REVENUS DES OPÉRATIONS SUR TITRES (T5008/RL18) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> LISTE DES MÉDICAMENTS FOURNIE PAR LA PHARMACIE <input type="checkbox"/> REÇUS DES SOINS OFFERTS PAR UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ <input type="checkbox"/> LISTE DÉTAILLÉE DES FRAIS MÉDICAUX REMBOURSÉS PAR UNE ASSURANCE COLLECTIVE <input type="checkbox"/> PRIME D'ASSURANCE SANTÉ PRIVÉE <input type="checkbox"/> REÇUS D'ACHAT DE LUNETTES ET VERRES DE CONTACT <input type="checkbox"/> SOINS MÉDICAUX REÇUS À L'EXTÉRIEUR DE VOTRE RÉGION <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> EMPLACEMENT <input type="checkbox"/> NOMBRE DE KM <input type="checkbox"/> FRAIS DE STATIONNEMENT 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> RELEVÉ 31 AU 31 DÉCEMBRE (LOCATAIRE) <input type="checkbox"/> COTISATIONS REER/RVER - DURANT LE RESTE DE L'ANNÉE <input type="checkbox"/> COTISATIONS REER/RVER - DURANT LES 28 PREMIERS JOURS DE L'ANNÉE <input type="checkbox"/> REMBOURSEMENT RAP <input type="checkbox"/> VERSEMENTS D'ACOMPTÉ PROVISIONNEL FÉDÉRAL ET/OU PROVINCIAL <input type="checkbox"/> REÇUS DE DONS DE CHARITÉ <input type="checkbox"/> REÇUS DE COTISATION À UNE ASSOCIATION PROFESSIONNELLE <input type="checkbox"/> DÉCLARATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL SIGNÉ PAR L'EMPLOYEUR (T2200/TP-64) <input type="checkbox"/> REÇUS DE FRAIS DE GARDE D'ENFANT (RL24) <input type="checkbox"/> VERSEMENTS ANTICIPÉS DU CRÉDIT D'IMPÔT POUR FRAIS DE GARDE D'ENFANTS (RL19)
60 ANS ET PLUS			
AVEZ-VOUS TRAVAILLÉ TOUTE L'ANNÉE? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	AVEZ-VOUS TRAVAILLÉ POUR UN MEMBRE DE LA FAMILLE? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SI NON: DATE DÉBUT DATE FIN <input style="width: 80px; height: 25px;" type="text"/> <input style="width: 80px; height: 25px;" type="text"/>	