

DATE : _____

RENSEIGNEMENTS DU CLIENT

Nom de famille : _____	Adresse : _____
Prénom : _____	Ville : _____
N.A.S. : _____	Code postal : _____
Date de naissance : _____	Courriel : _____
Tél. Rés. : _____	Cellulaire : _____

CONJOINT

Nom de famille : _____	Date de naissance : _____
Prénom : _____	Courriel : _____
N.A.S. : _____	Cellulaire : _____

ÉTAT CIVIL AU 31 DÉCEMBRE DE L'ANNÉE COURANTE

Célibataire
 Conjoint de fait
 Marié(e)
 Séparé(e)
 Divorcé(e)
 Veuf(e)

Votre état civil a changé dans l'année : OUI [] NON []
 Ancien état civil : _____

Date du changement (jj/mm/aa) : _____

ENFANTS / PERSONNES À CHARGE

NOM	PRÉNOM	N.A.S.	Date de naissance	Incapacité physique ou mentale?	Revenu

INFORMATIONS OBLIGATOIRES

Êtes-vous citoyen canadien ?	OUI [] NON []	Possédez-vous plus de 100 000\$ de biens à l'étranger ?	OUI [] NON []
Avis de cotisation de l'an passé	OUI [] NON []	Avez-vous vendu de la monnaie virtuelle ?	OUI [] NON []
Êtes-vous inscrit au dépôt direct ?	OUI [] NON []	Télétravail (covid) Si oui, voir verso	OUI [] NON []
Avez-vous vécu seul toute l'année (autre que conjoint) ?	OUI [] NON []	Acomptes Provisionnels (documents officiels gouvernement)	
Avez-vous droit au crédit pour handicapé (CIPH) ?	OUI [] NON []	FÉDÉRAL \$ _____ PROVINCIAL \$ _____	
Avez-vous droit au crédit pour aidant naturel ?	OUI [] NON []	Avez-vous fait faillite durant l'année ?	OUI [] NON []
Relevé 31 (locataire) ou Taxes foncières (propriétaire)	OUI [] NON []	Date de faillite _____ / _____ / _____	
RAP à rembourser ?	OUI [] NON []	70 ANS OU PLUS - CRÉDIT POUR MAINTIEN À DOMICILE	
Achat 1 ^{ère} habitation dans l'année fiscale (fournir contrat achat)	OUI [] NON []	Fournir le BAIL (locataire)	OUI [] NON []
Vente habitation personnelle (fournir contrat vente)	OUI [] NON []	Loyer \$ _____	OUI [] NON []
ACHAT _____ \$ Date : _____		Fournir le BAIL (résidence)	OUI [] NON []
VENTE _____ \$ Date : _____		Dépenses admissibles (Fournir reçus)	OUI [] NON []
Date du déménagement dans l'année fiscale _____ / _____ / _____			
ASSURANCE MÉDICAMENT		60 ANS	
R.A.M.Q. (Assurance médicament gouvernement)?	OUI [] NON []	Avez-vous travaillé durant toute l'année ?	OUI [] NON []
Date (mois) De _____ à _____		Si non (date début/fin) _____	
Assurance collective	OUI [] NON []	Avez-vous travaillé pour un membre de la famille ?	OUI [] NON []
Couvert par le conjoint	OUI [] NON []		
Date (mois): De _____ à _____		64 ANS	
Nom: _____		Voulez-vous demander le report de la PSV ?	OUI [] NON []

VOICI UNE LISTE DE DOCUMENTS QU'IL FAUT CONSIDÉRER, SELON VOTRE CAS PARTICULIER

REVENU		AUTRES CRÉDITS	
Revenu emploi (T4/RL1)	OUI [] NON []	Dons	OUI [] NON []
Revenu autres (T4A/RL1)	OUI [] NON []	Frais Scolarité (T2202/RL8)	OUI [] NON []
Assurance-Emploi (T4E/T4E(Q))	OUI [] NON []	Intérêts étudiant	OUI [] NON []
Prestation parentale (T4E/RL6)	OUI [] NON []	Reçus / listes frais médicaux	OUI [] NON []
Placements, Dividendes (T5/RL3)	OUI [] NON []	Frais reliés à des soins non dispensés dans la région	OUI [] NON []
Prestation sociale, CNESST, SAAQ (T5007/RL5)	OUI [] NON []	Reçu de cotisation à une association professionnelle	OUI [] NON []
Bourses d'études (T4A/RL1)	OUI [] NON []	Dépenses d'emploi : TP-64.3+T2200	OUI [] NON []
Pourboires (autres que T4/RL1)	OUI [] NON []	Reçus de frais de garde d'enfant (RL24)	OUI [] NON []
Autres revenu (autonome)	OUI [] NON []	Cotisations REER/RVER - le reste de l'année	OUI [] NON []
Revenu de location	OUI [] NON []	Cotisations REER/RVER - 28 premiers jours de l'année	OUI [] NON []
REVENU DE PENSION (RENTES)		TÉLÉTRAVAIL (COVID)	
Revenu de pension, retraite ou de rente (T4A)	OUI [] NON []	Simplifié : Nbr de jours _____ Détaillé : Grandeur totale : _____ Espace partagée : (cuisine ...) _____ Loyer : OUI [] NON [] Dépenses admissibles : <i>Chauffage, électricité, produits de nettoyage, accessoires d'éclairage ou réparations mineures</i> <i>Frais pour l'Internet en fonction de l'utilisation faite pour le travail</i>	
RRQ T4A(P)	OUI [] NON []		
Sécurité vieillesse T4A (OAS)	OUI [] NON []		
Revenu d'un REER T4A (RSP)	OUI [] NON []		
Revenu FEER T4A (RIF)	OUI [] NON []		
AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES			

Je reconnais avoir fourni toutes les informations concernant mes données fiscales et que Josée Deslandes ne pourra être tenue responsable d'omissions ou d'erreurs par un questionnaire incomplet.

Signature du client : _____