

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 []	Acomptes Provisionnels (documents officiels gouvernement)	
Si habite seul dans son logement (PAS avec un autre adulte)	OUI [] NON []	FÉDÉRAL \$ _____ PROVINCIAL \$ _____	
Avez-vous droit au crédit pour handicapé (CIPH) ?	OUI [] NON []	Avez-vous fait faillite durant l'année ?	
Avez-vous droit au crédit pour aidant naturel ?	OUI [] NON []	Date de faillite _____ / _____ / _____	
Relevé 31 (locataire) ou Taxes foncières (propriétaire)	OUI [] NON []	70 ANS OU PLUS - CRÉDIT POUR MAINTIEN À DOMICILE	
RAP à rembourser ?	OUI [] NON []	Fournir le BAIL (locataire)	OUI [] NON []
Achat 1 ^{ère} habitation dans l'année fiscale (fournir contrat achat)	OUI [] NON []	Loyer \$ _____	OUI [] NON []
Vente habitation personnelle (fournir contrat vente)	OUI [] NON []	Fournir le BAIL (résidence)	OUI [] NON []
ACHAT _____ \$ Date : _____		Dépenses admissibles (Fournir reçus)	OUI [] NON []
VENTE _____ \$ Date : _____			
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 _____			
Nom: _____		64 ANS	
		Voulez-vous demander le report de la PSV ?	
		OUI [] NON []	

