

***** IMPORTANT *** COMPLÉTER CETTE FICHE CLIENT**

M		PRÉNOM	IMPÔT 2024
MME		PRÉNOM	
ÉTAT CIVIL			DATE / / 2025
ADRESSE			
VILLE/CODE POSTAL			PRODUIT ICI L'AN PASSÉ ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
TÉL ou CELL	M		EN 2024:
	MME		AVEZ-VOUS DÉMÉNAGÉ ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COURRIEL/Obligé M			EN 2024:
	MME		AVEZ-VOUS CHANGÉ D'ÉTAT CIVIL ?
AVEZ-VOUS HABITÉ SEUL TOUTE L'ANNÉE 2024 ?		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

SI OUI: DATE: ___/___/___

M	MME
DATE NAISSANCE	

AVEZ-VOUS UNE ASSURANCE PRIVÉE POUR LES MÉDICAMENTS ?
SI PAS TOUTE L'ANNÉE INDIQUER LES MOIS NON COUVERTS. _____

M	MME
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

POUR LES MEDICAMENTS, ÊTES-VOUS AVEC LA RAMQ (Ass. Médicaments du Qc) ?
 SI VOUS AVEZ EU 65 ANS en 2024, AVEZ-VOUS SOUSCRIT A LA RAMQ ?

<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

FAITES-VOUS UN REMBOURSEMENT DE RAP (Régime Accession à la Propriété) ?

<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
---	---

AVEZ-VOUS COTISÉ A UN REER ou à un CELIAPP ?

<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
---	---

AVEZ-VOUS DONNÉ DES ACOMPTE PROVISIONNELS ?

<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
---	---

M: au FÉD _____ \$ au PROV _____ \$ MME: au FÉD _____ \$ au PROV _____ \$

AVEZ-VOUS REÇU DE L'ASSURANCE EMPLOI (T4E) * ?

<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
---	---

***VOUS DEVEZ IMPRIMER LES DOCUMENTS SUR SITE GOUV-CANADA: MDSC ou ARC**

ÊTES-VOUS RECONNU HANDICAPÉ(E) ? Si oui : FÉD: _____ PROV: _____

<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
---	---

PRENEZ-VOUS SOIN D'UNE PERSONNE HANDICAPÉE ? **POUR QUI ?** _____

<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
---	---

ÊTES-VOUS UNE PERSONNE AIDANT NATUREL * ? **POUR QUI ?** _____

<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
---	---

***POUR UNE PERSONNE QUI HABITE AVEC VOUS ET QUI NE PEUT VIVRE SEULE**

AVEZ-VOUS FAIT L'ACHAT D'UNE 1ère MAISON APRES LE 01-01-2024 ?

<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
---	---

AVEZ-VOUS VENDU UNE PROPRIÉTÉ EN 2024 ? (MAISON, CONDO, CHALET, TERRAIN)

<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
---	---

SI OUI: LA PROPRIÉTÉ ETAIT-ELLE AUX 2 NOMS ?

<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

PRIX DE VENTE \$ _____ ANNÉE ACHAT : _____

ADRESSE: _____

OBLIGATOIRE: JOINDRE VOS AVIS DE COTISATION FEDERAL & PROVINCIAL 2023

<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
---	---

+ 70 ANS (1954)			
<input type="radio"/> PROP. MAISON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	DÉPENSES ADMISSIBLES POUR PROPRIÉTAIRES: JOINDRE FACTURES: DÉNEIGEMENT,PELOUSE,CHEMINÉE,MÉNAGE...	
<input type="radio"/> PROP. CONDO	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
INSCRIRE LE MATRICULE TAXES MUNICIPALES :			
<input type="radio"/> LOCATAIRE	RELEVÉ 31	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	INSCRIRE VOTRE LOYER AU 01-01-2024 _____ \$
<input type="radio"/> RESIDENCE/ RPA	RELEVÉ 19	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	MOIS DE L'AUGMENTATION EN 2024 _____ \$
	RELEVÉ 31	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	LOYER APRÈS AUGMENTATION EN 2024 _____ \$
FRAIS INCLUS EN RPA:			
BUANDERIE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SOINS INFIRMIERS	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
ENTRETIEN MENAGER	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SOINS PERSONNELS	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
ADMIN-SURVEILLANCE-LIVRAISON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
SERV. ALIMENTAIRE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SI OUI: 1, 2 OU 3 REPAS ?	<input type="text"/>
<input type="radio"/> CHSLD	DATE D'ENTRÉE: / /	JOINDRE LA FACTURE DU CHSLD	

NOTES: _____

NOMBRE DE PAGES QUE NOUS AVONS IMPRIMÉES POUR DOCUMENTS REÇUS PAR COURRIEL