

M	Prénom	IMPÔT 2024
MME	Prénom	

ÉTAT CIVIL	DATE / / 2025
ADRESSE	
VILLE/CODE POSTAL	
TÉLÉPHONE / CELL	

COURRIEL OBLIGÉ: M	PRODUIT ICI L'AN PASSÉ
MME	OUI NON
AVEZ-VOUS HABITÉ SEUL TOUTE L'ANNÉE 2024	EN 2024:
	AVEZ-VOUS DÉMÉNAGÉ ?
	OUI NON

AVEZ-VOUS CHANGÉ D'ÉTAT CIVIL ?	OUI NON
	SI OUI: DATE: ___/___/___

DATE NAISSANCE	M	MME
ÊTES-VOUS RECONNU HANDICAPÉ(E) ?	OUI / NON	OUI / NON
LOCATAIRE	OUI + Rel 31/ NON	OUI + Rel 31/ NON
PROPRIÉTAIRE	OUI / NON	OUI / NON

# MATRICULE TAXES MUNICIPALES	OUI	NON	<i>Si oui Verso.....</i>
ÊTES VOUS UNPROCHE AIDANT ?	OUI	NON	<i>Si oui Verso.....</i>
AVEZ-VOUS DES ENFANTS A CHARGE ?	OUI	NON	

SI CONJOINT ET IMPÔT NON PRODUIT
ENSEMBLE :
NOM _____
D.D.N _____
N.A.S. _____
REV. NET/ LIGNE 236 FED \$

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

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 ?

M	MME
OUI	NON
OUI	NON

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

AVEZ-VOUS COTISÉ À UN REER OU À UN CELIAPP ?

AVEZ-VOUS DONNÉ DES ACOMPTES PROVISIONNELS ? SI OUI, INSCRIRE LES MONTANTS

OUI	NON	OUI	NON
OUI	NON	OUI	NON

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

AVEZ-VOUS REÇU DES INDEMNITÉS DE LA CNESST OU DE LA SAAQ ?

AVEZ-VOUS REÇU ASS.EMPLOI ou CONGE PARENTAL (T4E)^{*}

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

OUI	NON	OUI	NON
OUI	NON	OUI	NON

ÊTES-VOUS TRAVAILLEUR AUTONOME ? (SI OUI, COMPLÉTER FORMULAIRE DE NOTRE SITE WEB)

AVEZ-VOUS DES REVENUS DE LOCATION ? (SI OUI, COMPLÉTER FORMULAIRE DE NOTRE SITE WEB)

OUI	NON	OUI	NON
OUI	NON	OUI	NON

RECLAMEZ-VOUS DES DÉPENSES LIÉES À VOTRE TRAVAIL ?

VÉHICULE (JOINDRE FORMULAIRE T2200 et TP 64,3 SIGNÉS PAR L'EMPLOYEUR)
 et COMPLETER FORMULAIRE DEPENSES AUTOMOBILE DE NOTRE SITE WEB

OUI	NON	OUI	NON
OUI	NON	OUI	NON

TÉLÉ-TRAVAIL À 50% et PLUS : (JOINDRE FORMULAIRE T2200 et TP 64,3 SIGNÉS PAR L'EMPLOYEUR)
 ET OBLIGATION DE COMPLETER LE FORMULAIRE DE BUREAU A LA MAISON DE NOTRE SITE WEB

OUI	NON	OUI	NON
OUI	NON	OUI	NON

FRAIS DE REPAS POUR CHAUFFEUR DE CAMION (FORMULAIRE SIGNÉ PAR EMPLOYEUR)

ACHAT D'UNE 1ère MAISON APRES 01-01-2024 / DATE CONTRAT NOTARIE ___/___/___

OUI	NON	OUI	NON
OUI	NON	OUI	NON

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

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

PRIX DE VENTE \$ _____ ANNÉE ACHAT _____

ADRESSE: _____

OUI	NON	OUI	NON
OUI	NON	OUI	NON

AVEZ- VOUS FAIT DES TRANSACTIONS DE CRYPTOMONNAIE ?

OBLIGATOIRE: JOINDRE VOS AVIS DE COTISATION FÉDÉRAL & PROVINCIAL 2023

NOUVEAU CLIENT:AVIS DE COTISATION FÉD et PROV 2023 ou COPIE RAPPORT D'IMPÔT 2023

OUI	NON	OUI	NON
OUI	NON	OUI	NON
OUI	NON	OUI	NON

NOTES _____

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



SECTION AIDANT NATUREL:

PRENEZ-VOUS SOIN D'UNE PERSONNE HANDICAPÉE?

OUI	NON
-----	-----

ENFANT ADULTE NOM _____

L'HANDICAP DE LA PERSONNE EST-IL RECONNU AU NIVEAU DU GOUVERNEMENT ?

FÉDÉRAL

OUI	NON
-----	-----

PROVINCIAL

OUI	NON
-----	-----

LA PERSONNE HABITE-T-ELLE AVEC VOUS ?

OUI	NON
-----	-----

PRENEZ-VOUS SOIN D'UNE PERSONNE DE 70 ANS ET PLUS , QUI N'HABITE PAS AVEC VOUS ET QUI N'EST PAS DANS UN RPA OU DANS UN CHSLD ?

OUI	NON
-----	-----

SECTION ENFANT:

NOM DE L'ENFANT	HANDICAPÉ	DATE DE NAISSANCE	REÇUS FRAIS GARDE	VERS ANTICIPÉ REL 19	FRAIS ACT.	
					PHYS	ARTI.
	OUI / NON		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	OUI / NON		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	OUI / NON		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	OUI / NON		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ENFANT ETUDE POST SECONDAIRE QUI FAIT SES IMPÔTS EN MEME TEMPS QUE LES PARENTS

FOURNIR LE RELEVÉ T2202 ET REL 8, POUR VOS FRAIS SCOLAIRES.

NOM DE L'ENFANT	Ass medicam. avec parent	DATE DE NAISSANCE	# ASS. SOCIAL	Fr scol T2202	Fr scol REL 8	FR. SCOLARITÉ TRANSF	PRÊT ÉTUD
	OUI / NON			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	OUI / NON	<input type="radio"/>
	OUI / NON			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	OUI / NON	<input type="radio"/>
	OUI / NON			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	OUI / NON	<input type="radio"/>

SI, UN PRÊT ÉTUDIANT / PREUVE DE LA BANQUE

OUI	NON
-----	-----

Dans le cas où les deux parents, biologiques de l'enfant n'ont pas vécu ensemble tout au long de l'année, veuillez compléter la section suivante :

- Y A-T-IL UNE GARDE PARTAGÉE POUR "UN OU DES ENFANTS", SI OUI LESQUELS ?

OUI	NON
-----	-----

NOM _____ NOM: _____

- NOM & LIEN DE LA PERSONNE QUI REÇOIT LES ALLOCATIONS FAMILIALES ET À QUEL POURCENTAGE ?
%

- LE CLIENT ÉTAIT-IL TENU DE PAYER UNE PENSION ALIMENTAIRE À SON " EX " POUR UN OU DES ENFANTS ?
SI OUI, LESQUELS ?

OUI	NON
-----	-----

NOM _____ NOM: _____

- SI VOUS HABITEZ SEUL AVEC VOS ENFANTS, QUI RÉCLAME L'ÉQUIVALENT DE CONJOINT POUR ENFANT ?

NOM DE L'ENFANT: _____

M	MME
---	-----

NOM DE L'ENFANT: _____

M	MME
---	-----