

M		Prénom	<b>IMPÔT 2025</b>
MME		Prénom	

  

ÉTAT CIVIL		DATE     /     / 2026
ADRESSE		
VILLE/CODE POSTAL		
TÉLÉPHONE / CELL	M	
	MME	

  

COURRIEL OBLIGÉ: M	
MME	

  

PENDANT TOUTE L'ANNÉE 2025 :	ÊTIEZ-VOUS UNE PERSONNE VIVANT SEULE ? OUI / NON
	ÊTIEZ-VOUS UNE FAMILLE MONOPARENTALE ? OUI / NON

  

	M	MME	
DATE NAISSANCE			
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 : \_\_\_\_\_

  

ÊTES-VOUS UN AIDANT NATUREL ?	OUI	NON	<i>Si oui Verso...</i>
AVEZ-VOUS DES ENFANTS A CHARGE ?	OUI	NON	<i>Si oui Verso...</i>

  

AVEZ-VOUS UNE ASSURANCE PRIVÉE POUR LES MÉDICAMENTS (AVEC EMPLOYEUR OU AUTRE) SI PAS TOUTE L'ANNÉE INDiquer LES MOIS NON COUVERTS PAR ASS : \_\_\_\_\_

POUR LES MEDICAMENTS, ÊTES-VOUS AVEC LA RAMQ (Ass. Médicaments du Qc) ?

SI VOUS AVEZ EU 65 ANS EN 2025, AVEZ-VOUS SOUSCRIT A LA RAMQ ?

  

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

AVEZ-VOUS COTISÉ À UN REER OU À UN CELIAPP ? (Joindre SEULEMENT les reçus d'impôts)

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

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 DES PRESTATIONS ASS.EMPLOI ou CONGE PARENTAL( T4E )<sup>~</sup>

<sup>~</sup> VOUS DEVEZ IMPRIMER LES DOCUMENTS SUR SITE GOUV-CANADA: MDSC ou ARC

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)

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

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

FRAIS DE REPAS POUR CHAUFFEUR DE CAMION ( FORMULAIRE SIGNÉ PAR EMPLOYEUR)  
Nbre jours \_\_\_\_\_ Combien Hr par jour \_\_\_\_\_ Nbre de Repas \_\_\_\_\_

ACHAT D'UNE 1ère MAISON EN 2025     ACHAT NOTARIÉ LE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

AVEZ-VOUS VENDU UNE PROPRIÉTÉ EN 2025 (CONDO, MAISON, CHALET, TERRAIN) ?

ANNÉE ACHAT \_\_\_\_\_     SI OUI: LA PROPRIETE ETAIT-ELLE AUX 2 NOMS ?

PRIX DE VENTE \$ \_\_\_\_\_     VENTE NOTARIÉE LE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ADRESSE: \_\_\_\_\_

AVEZ- VOUS FAIT DES TRANSACTIONS DE CRYPTOMONNAIE ?

OBLIGATOIRE: JOINDRE VOS AVIS DE COTISATION FÉDÉRAL & PROVINCIAL 2024

NOUVEAU CLIENT:AVIS DE COTISATION FÉD et PROV 2024 ou COPIE RAPPORT D'IMPÔT 2024

NOTES \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



SECTION AIDANT NATUREL:

PRENEZ-VOUS SOIN D'UNE PERSONNE HANDICAPÉE ?

ENFANT ☐ ADULTE ☐ NOM \_\_\_\_\_

LA PERSONNE HANDICAPÉE HABITE-T-ELLE AVEC VOUS ?

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

FÉDÉRAL

PROVINCIAL

PRENEZ-VOUS SOIN D'UNE PERSONNE DE 70 ANS ET PLUS, QUI HABITE AVEC VOUS ?

LIEN DE PARENTÉ \_\_\_\_\_ NOM \_\_\_\_\_

SECTION ENFANT:

NOM DE L'ENFANT	HANDICAPÉ	DATE DE NAISSANCE	REÇUS FRAIS GARDE	VERS ANTICIPÉ REL 19	ACTIVITÉ	
					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  
JOINDRE LE RELEVÉ T2202 ET REL 8 POUR LES FRAIS SCOLAIRES ET LES RELEVÉS DE REVENU DE L'ENFANT.

NOM DE L'ENFANT	ASS MEDIC AVEC PARENT	DATE DE NAISSANCE	# ASS. SOCIAL	Fr scol T2202	Fr scol REL 8	FR. SCOLARITÉ TRANSFÉRÉ AUX PARENTS	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"/>

SI, UN PRÊT ÉTUDIANT / PREUVE DE LA BANQUE

OUINON

SI VOUS PRENEZ LA DÉDUCTION DES FRAIS DE SCOLARITÉ POST SECONDAIRE DE VOTRE ENFANT QUI NE FAIT PAS SES IMPÔTS EN MEME TEMPS QUE VOUS, VEUILLEZ INDIQUER LE REVENU NET DE L'ÉTUDIANT.

NOM DE L'ENFANT	REVENU NET	DATE DE NAISSANCE	# ASS. SOCIAL	Fr scol T2202	Fr scol REL 8
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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 ?

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 ?

NOM \_\_\_\_\_ NOM: \_\_\_\_\_

- SI VOUS HABITEZ SEUL AVEC VOS ENFANTS, QUI RÉCLAME LE CRÉDIT POUR PERSONNE À CHARGE ADMISSIBLE ?

IMPORTANT: Le même enfant ne peut pas être inscrit par les 2 parents.

NOM DE L'ENFANT: \_\_\_\_\_

NOM DE L'ENFANT: \_\_\_\_\_