

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

M MME	Prénom Prénom	IMPÔT 2025
ÉTAT CIVIL ADRESSE VILLE/CODE POSTAL TÉLÉPHONE / CELL		DATE / / 2026 CLIENT L'AN PASSÉ ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	M MME	
COURRIEL OBLIGÉ: M MME		AVEZ-VOUS DÉMÉNAGÉ ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
PENDANT TOUTE L'ANNÉE 2025 :	ÊTIEZ-VOUS UNE PERSONNE VIVANT SEULE ? <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON ÊTIEZ-VOUS UNE FAMILLE MONOPARENTALE ? <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON	AVEZ-VOUS CHANGÉ D'ÉTAT CIVIL EN 2025 ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
DATE NAISSANCE ÊTES-VOUS RECONNNU HANDICAPÉ(E) ? LOCATAIRE PROPRIÉTAIRE # MATRICULE TAXES MUNICIPALES :	M	MME
	OUI / <input type="checkbox"/> NON	OUI / <input type="checkbox"/> NON
	OUI + Rel 31 / <input type="checkbox"/> NON	OUI + Rel 31 / <input type="checkbox"/> NON
	OUI / <input type="checkbox"/> NON	OUI / <input type="checkbox"/> NON
SI OUI: DATE: ___ / ___ / 2025		
SI IMPÔT DU CONJOINT		
NON PRODUIT À NOTRE BUREAU :		
NOM		
D.D.N		
N.A.S.		
REV. NET/ LIGNE 236 FED \$		
AVEZ-VOUS UNE ASSURANCE PRIVÉE POUR LES MÉDICAMENTS (<i>AVEC EMPLOYEUR OU AUTRE</i>) <i>SI PAS TOUTE L'ANNÉE INDICER LES MOIS NON COUVERTS PAR ASS</i> : _____		
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 ? (<i>Joindre SEULEMENT les reçus d'impôts</i>)		
AVEZ-VOUS DONNÉ DES ACOMPTE 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) <i>"VOUS DEVEZ IMPRIMER LES DOCUMENTS SUR SITE GOUV.CANADA: MDSC ou ARC</i>		
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 DÉPENSES 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 COMPLÉTER 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 PROPRIÉTÉ ÉTAIT-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 ?

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

ENFANT

ADULTE

NOM _____

LA PERSONNE HANDICAPÉE HABITE-T-ELLE AVEC VOUS ?

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

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

FÉDÉRAL

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

PROVINCIAL

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

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

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

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

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

SI , UN PRÊT ÉTUDIANT / PREUVE DE LA BANQUE

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

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, VEUILLERZ 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="circle"/>	<input type="circle"/>
				<input type="circle"/>	<input type="circle"/>

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 TENUE 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 LE CRÉDIT POUR PERSONNE À CHARGE ADMISSIBLE ?

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

NOM DE L'ENFANT: _____

M	MME
---	-----

NOM DE L'ENFANT: _____

M	MME
---	-----