

QUESTIONNAIRE CLIENT (CLIENTS EXISTANTS)

NOM	M.	Mme
Prénom: _____		
Nom: _____		

NOM - conjoint	M.	Mme
Prénom: _____		
Nom: _____		

ÉTAT CIVIL (cochez si identique à l'année dernière)

Célibataire Conjoint de fait Marié(e) Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Si votre état civil a changé dans l'année : Ancien état civil: _____

Date du changement (JJ/MM/AA): ____/____/____

COORDONNÉES (cochez si identique à l'année dernière)

Téléphone: (____) ____ - ____

Téléphone Mobile: (____) ____ - ____

Adresse : _____ App. : _____

Ville: _____ Prov.: _____

Code postal: _____

Courriel : _____

COORDONNÉES - conjoint

Téléphone: (____) ____ - ____

Téléphone Mobile: (____) ____ - ____

Cocher si adresse identique

Traiterons-nous la déclaration du conjoint: OUI NON

Si non, donnez son revenu net approx pour l'année _____ \$

Courriel : _____

- Avez-vous habité seul(e) durant toute l'année 2024 ? (en excluant les personnes à charges) OUI NON
 - Au 31.12.2024, combien de personnes vivaient avec vous ? _____
 - Possédez-vous plus de 100 000\$ de biens à l'étranger ? OUI NON
 - Êtes-vous un citoyen canadien ? OUI NON
 - Êtes-vous un non-résident du Canada ? OUI NON
 - Avez-vous acheté une première habitation ou vendu votre résidence principale en 2024? OUI NON
 - Est-ce que l'on doit vous contacter avant de débiter votre rapport d'impôt? OUI Au besoin
 - Comment voulez-vous recevoir la copie de vos déclarations d'impôt ? Poste(5\$) Email(PDF)
 - Comment prévoyez-vous payer le coût de la préparation de vos impôts ? Virement Interac Comptant \$ (À voir avec nous)
 - Pour les gens **âgés de 70 ans et plus** au 31 décembre: **Locataire** montant de votre janv à juin juil. à déc.
- PROPRIÉTAIRE**, inscrire le montant total payé dans l'année (facture à l'appuie) des dépenses d'entretien (ex. déneigement, entr. gazon, ménage): _____

ASSURANCE MÉDICAMENTS

Assurance de base (pas complémentaire) couvrant les médicaments ?

	De _____	à _____
Celle du gouvernement (RAMQ)	De _____	à _____
Mon propre régime collectif	De _____	à _____
Régime du conjoint/d'un parent	De _____	à _____

ASSURANCE MÉDICAMENTS - conjoint

Assurance de base (pas complémentaire) couvrant les médicaments ?

	De _____	à _____
Celle du gouvernement (RAMQ)	De _____	à _____
Mon propre régime collectif	De _____	à _____
Régime du conjoint/d'un parent	De _____	à _____

PERSONNES À CHARGE (cochez si identique à l'année dernière)

M	F	Prénom: _____	Nom: _____	A travaillé en 2024: <input type="checkbox"/>
		Date de naissance : (JJ/MM/AA): ____/____/____	NAS (si attribué) : ____ - ____ - ____	
M	F	Prénom: _____	Nom: _____	A travaillé en 2024: <input type="checkbox"/>
		Date de naissance : (JJ/MM/AA): ____/____/____	NAS (si attribué) : ____ - ____ - ____	
M	F	Prénom: _____	Nom: _____	A travaillé en 2024: <input type="checkbox"/>
		Date de naissance : (JJ/MM/AA): ____/____/____	NAS (si attribué) : ____ - ____ - ____	

COMMENTAIRES: