

## Questionnaire du client

**Client(e)** M. Mme

Prénom: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_

**Conjoint(e)** M. Mme

Prénom: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICATION (à remplir seulement nouveau client)

Numéro d'ass. Sociale : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Date de naissance : (JJ/MM/AA): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### IDENTIFICATION - Conjoint(e)

Numéro d'ass. Sociale : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Date de naissance : (JJ/MM/AA): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### ÉTAT CIVIL

☐ 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

Téléphone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Cellulaire: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ App. : \_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_

Code postal: \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

### COORDONNÉES - Conjoint(e)

Téléphone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Cellulaire: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ App. : \_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_

Code postal: \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Durant la dernière année, et ce, du 1er janvier au 31 décembre, avez-vous habité seul(e) sans aucun autre adulte à la même adresse que vous? (Enfants mineurs exclus)

**OUI NON**

Avez-vous possédé des biens étrangers déterminés dont le coût total a dépassé à un moment quelconque de l'année 100,000\$?

**OUI NON**

Êtes-vous citoyen Canadien?

**OUI NON**

Êtes-vous un non-résident du Canada pour fins fiscal?

**OUI NON**

Avez-vous acheté votre première habitation en 2025?

**OUI NON**

Avez-vous vendu et notarié votre résidence principale ou secondaire durant l'année 2025?

**OUI NON**

ΕΙΣ ΤΗΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ ΤΗΣ ΕΤΕΡΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΠΡΟΣΤΙΘΕΤΑΙ ΤΟ ΕΙΣ ΤΗΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ ΤΗΣ ΕΤΕΡΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΠΡΟΣΤΙΘΕΤΑΙ ΤΟ ΕΙΣ ΤΗΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ ΤΗΣ ΕΤΕΡΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Est-ce nécessaire de vous contactez avant de débiter votre rapport d'impôt?

**OUI Au besoin**

Comment voulez-vous recevoir votre copie de votre déclaration d'impôt?

**Format papier via poste (Frais supp. de 5\$/personne)**

**Format PDF via courriel**

Cochez votre situation

**Propriétaire**

**Locataire (avec bail)**

**Habite chez quelqu'un sans bail**

|                                                                                                                                                                                 |              |                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------|
| <b>Pour les gens âgées de 70 ans et plus au 31 décembre:</b>                                                                                                                    | janv. à juin | juillet à déc. |
| Ceux qui étaient LOCATAIRES inscrire le montant de votre loyer mensuel:                                                                                                         |              |                |
| Ceux qui étaient PROPRIÉTAIRE, inscrire le montant total payé dans l'année des dépenses d'entretien (ex. déneigement, traitement et/ou coupe de gazon, ménage, ramonage, etc.): |              |                |
| (joindre les factures)                                                                                                                                                          |              |                |

### ASSURANCE MÉDICAMENTS

*Assurance de base (pas complémentaire) qui couvre vos médicaments (seulement votre assureur principal donc 1 choix possible seulement)*  
**Inscrire dans les cases les mois pour lesquels vous étiez couvert par l'assureur**

|                                         | mois     | mois    |
|-----------------------------------------|----------|---------|
| Celle du gouvernement (RAMQ)            | De _____ | à _____ |
| Mon assurance médicament au travail     | De _____ | à _____ |
| Assurance médicament de mon conjoint(e) | De _____ | à _____ |

### ASSURANCE MÉDICAMENTS - Conjoint(e)

*Assurance de base (pas complémentaire) qui couvre vos médicaments (seulement votre assureur principal donc 1 choix possible seulement)*  
**Inscrire dans les cases les mois pour lesquels vous étiez couvert par l'assureur**

|                                         | mois     | mois    |
|-----------------------------------------|----------|---------|
| Celle du gouvernement (RAMQ)            | De _____ | à _____ |
| Mon assurance médicament au travail     | De _____ | à _____ |
| Assurance médicament de mon conjoint(e) | De _____ | à _____ |

### PERSONNES À CHARGE

|                                                                |                                                |                                    |                      |                                                       |              |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------|--------------|
| <b>Enfant #1: Sexe</b>                                         | Prénom: _____                                  | Nom: _____                         | A travaillé en 2025: |                                                       |              |
| M      F                                                       | Date de naissance : (JJ/MM/AA): ____/____/____ | NAS (si attribué) : ____-____-____ |                      |                                                       |              |
| Garde complète (par défaut si les parents ne sont pas séparés) |                                                | OU                                 | Garde partagée       | <b>Si garde partagée, les allocations sont 50/50?</b> | Oui      Non |
|                                                                |                                                |                                    |                      |                                                       |              |
| <b>Enfant #2: Sexe</b>                                         | Prénom: _____                                  | Nom: _____                         | A travaillé en 2025: |                                                       |              |
| M      F                                                       | Date de naissance : (JJ/MM/AA): ____/____/____ | NAS (si attribué) : ____-____-____ |                      |                                                       |              |
| Garde complète (par défaut si les parents ne sont pas séparés) |                                                | OU                                 | Garde partagée       | <b>Si garde partagée, les allocations sont 50/50?</b> | Oui      Non |
|                                                                |                                                |                                    |                      |                                                       |              |
| <b>Enfant #3: Sexe</b>                                         | Prénom: _____                                  | Nom: _____                         | A travaillé en 2025: |                                                       |              |
| M      F                                                       | Date de naissance : (JJ/MM/AA): ____/____/____ | NAS (si attribué) : ____-____-____ |                      |                                                       |              |
| Garde complète (par défaut si les parents ne sont pas séparés) |                                                | OU                                 | Garde partagée       | <b>Si garde partagée, les allocations sont 50/50?</b> | Oui      Non |
|                                                                |                                                |                                    |                      |                                                       |              |
| <b>Enfant #4: Sexe</b>                                         | Prénom: _____                                  | Nom: _____                         | A travaillé en 2025: |                                                       |              |
| M      F                                                       | Date de naissance : (JJ/MM/AA): ____/____/____ | NAS (si attribué) : ____-____-____ |                      |                                                       |              |
| Garde complète (par défaut si les parents ne sont pas séparés) |                                                | OU                                 | Garde partagée       | <b>Si garde partagée, les allocations sont 50/50?</b> | Oui      Non |

### COMMENTAIRES: