

## QUESTIONNAIRE (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 2023 ? (en excluant les personnes à charges) OUI  NON
  - Au 31.12.2023, 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 2023? 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 loyer: 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 ?

	mois	à	mois
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 ?

	mois	à	mois
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 2023: _____
		Date de naissance : (JJ/MM/AA): ____/____/____	NAS (si attribué) : _____ - _____ - _____	
M	F	Prénom: _____	Nom: _____	A travaillé en 2023: _____
		Date de naissance : (JJ/MM/AA): ____/____/____	NAS (si attribué) : _____ - _____ - _____	
M	F	Prénom: _____	Nom: _____	A travaillé en 2023: _____
		Date de naissance : (JJ/MM/AA): ____/____/____	NAS (si attribué) : _____ - _____ - _____	

**COMMENTAIRES:**