

ANCIEN CLIENT

Si vous n'avez aucun changement à apporter, inscrivez votre nom et passez à la section B

 NOUVEAU CLIENT
De quelle manière voulez-vous recevoir vos résultats :

- Rencontrer un conseiller
 Par téléphone
 Par courriel

SECTION A
IDENTIFICATION - CLIENT
 M. Mme

Prénom : _____

Nom : _____

Date de naissance : (JJ/MM/AA) : ____ / ____ / ____

IDENTIFICATION - CONJOINT
 M. Mme

Prénom : _____

Nom : _____

Date de naissance : (JJ/MM/AA) : ____ / ____ / ____

COORDONNÉES

Cellulaire: (____) ____ - _____

Adresse : _____

App. : _____

Ville : _____

Code postal : _____

Courriel* : _____

*Si vous désirez recevoir de la correspondance de notre part et/ou une copie PDF de votre (vos) déclaration(s) de revenu.

COORDONNÉES - CONJOINT

Cellulaire: (____) ____ - _____

 Cocher si conjoint réside dans un autre pays :

Courriel : _____

 Traitons-nous la déclaration du conjoint : **OUI** **NON**

Si non, donnez son revenu pour l'année :

Ligne 236 Fédéral : _____ \$

Ligne 275 Québec : _____ \$

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

Si votre état civil a changé en 2017, inscrivez la date (JJ/MM/AA) : ____ / ____ / ____

PERSONNES À CHARGE
 M F Prénom : _____ Nom : _____
 Date de naissance : (JJ/MM/AA) : ____ / ____ / ____ Lien : Enfants Parents Grand-parents

 M F Prénom : _____ Nom : _____
 Date de naissance : (JJ/MM/AA) : ____ / ____ / ____ Lien : Enfants Parents Grand-parents

 M F Prénom : _____ Nom : _____
 Date de naissance : (JJ/MM/AA) : ____ / ____ / ____ Lien : Enfants Parents Grand-parents

SECTION B

 - Avez-vous habité seul(e) **toute l'année**? **OUI** **NON**

 - Déclarez-vous des revenus de **travailleur autonome**? **OUI** **NON**

 - Déclarez-vous des revenus **locatifs**? **OUI** **NON**

 - Étiez-vous couvert pendant **toute l'année** par un régime d'assurance maladie de base **OUI** **NON**
 Si non, veuillez indiquer les mois visés. : De _____ À _____

REÇUS D'IMPÔT

Vous Conjoint

- Achat d'une première habitation
 Cotisation à un REER
 Cotisations syndicales ou professionnelles
 Dons de bienfaisance
 Frais de garde d'enfants
 Frais de garde anticipés (RL19)

Vous Conjoint

- Frais médicaux non remboursés
 Frais de scolarité
 Frais de transport en commun
 Intérêts payés sur un prêt étudiant
 Programmes d'activités physiques et/ou artistiques des enfants