

## QUESTIONNAIRE (CLIENTS EXISTANTS)

NOM	M.	Mme
Prénom: _____		
Nom: _____		

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

ÉTAT CIVIL (cochez si identique à l'année dernière )
<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> 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 JOUR: (____) ____ - _____
Téléphone SOIR: (____) ____ - _____
Adresse : _____ App. : ____
Ville: _____ Prov.: ____
Code postal: _____
Courriel : _____

COORDONNÉES - conjoint
Téléphone JOUR: (____) ____ - _____
Téléphone SOIR: (____) ____ - _____
Cocher si adresse identique <input type="checkbox"/>
Traiterons-nous la déclaration du conjoint: <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si non, donnez son revenu net approx pour l'année _____ \$
Courriel : _____

- Avez-vous habité seul(e) durant toute l'année 2017 ? (en excluant les personnes à charges) OUI      NON
- Au 31.12.2017, 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 2017 ? OUI      NON
- Est-ce que vous voulez qu'un technicien vous appel ? OUI      Au besoin
- Comment voulez-vous recevoir la copie de vos déclarations d'impôts ? Poste(5\$)   Email   En Personne
- Comment prévoyez-vous payer le coût de la préparation de vos impôts ? Vir.Interac   Carte Crédit(2\$)   Paypal(2\$)

ASSURANCE MÉDICAMENTS
Assurance de base (pas complémentaire) couvrant les médicaments
Celle du gouvernement (RAMQ) De ____ mois à ____ mois
Mon propre régime collectif De ____ mois à ____ mois
Régime du conjoint/d'un parent De ____ mois à ____ mois

ASSURANCE MÉDICAMENTS - conjoint
Assurance de base (pas complémentaire) couvrant les médicaments
Celle du gouvernement (RAMQ) De ____ mois à ____ mois
Mon propre régime collectif De ____ mois à ____ mois
Régime du conjoint/d'un parent De ____ mois à ____ mois

PERSONNES À CHARGE (cochez si identique à l'année dernière )
M      F      Prénom: _____      Nom: _____
Date de naissance : (JJ/MM/AA): ____/____/____      NAS (si attribué) : ____ - ____ - ____
M      F      Prénom: _____      Nom: _____
Date de naissance : (JJ/MM/AA): ____/____/____      NAS (si attribué) : ____ - ____ - ____
M      F      Prénom: _____      Nom: _____
Date de naissance : (JJ/MM/AA): ____/____/____      NAS (si attribué) : ____ - ____ - ____

COMMENTAIRES: