Enregistrer, fermer et réouvrir ce formulaire sur votre bureau AVANT de le remplir

QUESTIONNAIRE DU CLIENT

IMPÔT À DISTANCE EN LIGNE — Aucun déplacement requis

NOM ☐ M. ☐ Mme

Prénom: _____

Nom: _____

NOM - conjoint ☐ M. ☐ Mme

Prénom: _____

Nom: _____

IDENTIFICATION

Numéro d'ass. Sociale : _____-_____-_____

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

IDENTIFICATION - conjoint

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): ____/____/_____

COORDONNNÉES

Téléphone JOUR: (_____) _____-_____

Téléphone SOIR: (_____) _____-_____

Adresse : _____ App. : ____

Ville: _____ Prov.: ____

Code postal: _____

Courriel : _____

COORDONNNÉES - conjoint

Téléphone JOUR: (_____) _____-_____

Téléphone SOIR: (_____) _____-_____

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 2016? **(en excluant les personnes à charges)**	☐ **OUI**	☐ **NON**
- Au 31.12.2016, combien de personnes vivaient avec vous ?	_____	
- Possédez-vous plus de 100 000$ de biens à l'étranger ?	☐ **OUI**	☐ **NON**
- Etes-vous un citoyen canadien ?	☐ **OUI**	☐ **NON**
- Etes-vous un non-résident du Canada ?	☐ **OUI**	☐ **NON**
- Avez-vous acheté une première habitation dans l'année ?	☐ **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	☐ 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

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

PERSONNES À CHARGE

☐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: