



IMPORTANT : VEUILLEZ REMPLIR UN FORMULAIRE PAR PERSONNE

Ce formulaire a été conçu afin que nous ayons le plus d'informations possibles pour maximiser vos retours d'impôts

- **Prénom** _____ **Nom** _____
- **État civil au 31 décembre** : Célibataire Conjoint de fait Marié(e) Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)
- **Est-ce que votre situation conjugale a changé pendant l'année ?** Oui Non **SI OUI**, veuillez indiquer le changement :
Ancienne situation : _____ Nouvelle situation : _____ Changement le (JJ/MM/AAAA) : _____
- **Adresse** _____ **Province** () **Code postal** : _____
- **Téléphone** () - _____ **Courriel** _____
- **N.A.S.** _____ **Date de naissance (JJ/MM/AAAA)** _____
- **Avez-vous droit au crédit pour personne handicapée ?** Oui Non
SI OUI, est-ce que le gouvernement fédéral a certifié (formulaire T2201) ? Si non, nous ne pourrions réclamer le crédit
- **Avez-vous vendu une maison en cours d'année ?** Oui Non
SI OUI, s.v.p. en informer le personnel afin que l'on puisse vous fournir le formulaire relatif à cette vente
- **Avez-vous habité seul(e) toute l'année de l'imposition (excluant enfants à charge) ?** Oui Non
- **Êtes-vous citoyen(ne) canadien(ne) ?** Oui Non **SI NON**, pays d'origine : _____
- **Avez-vous immigré pendant l'année ?** Oui Non **SI OUI**, à quelle date (JJ/MM/AAAA) : _____
- **Avez-vous fait faillite pendant l'année ?** Oui Non **SI OUI**, vos impôts pré et post faillite ont été produits? _____
→ **SI VOS IMPÔTS PRÉ ET POST FAILLITE NON PAS ÉTÉ FAIT, nous ne pourrions pas produire votre déclaration**
- **Avez-vous acheté une maison au courant de l'année d'imposition ?** Oui Non
SI OUI, avez-vous droit au crédit pour l'achat d'une première maison ? (s.v.p. vous assurer que vous y avez droit) Oui Non
- **Quelle était votre assurance-médicaments durant l'année d'imposition ?**
 RAMQ (Régime d'assurance médicament du Québec) Mon propre régime collectif Régime du conjoint(e) ou d'un parent
Étiez-vous couvert(e) toute l'année par ce régime ? Oui Non
SI NON, quels mois vous y étiez couvert(e) ? _____
Pour les autres mois, quel était votre régime ? _____
- **Si vous êtes un nouveau client**, pouvez-vous nous fournir vos avis de cotisation de l'année précédente ? Oui Non
- **Crédit de la solidarité : dans votre foyer, qui souhaite en faire la demande? (un seul adulte par foyer) :**
 Je souhaite faire la demande Mon (ma) conjoint (e) fera la demande
Est-ce que vous avez reçu un **relevé 31** ? Oui Non **SI OUI**, s.v.p. nous le fournir
Si vous êtes **propriétaire**, s.v.p. nous fournir votre numéro de taxes municipales ou de cadastre : _____
Revenus trop élevés pour réclamer ce crédit (environ 58 000\$ revenu familial et 53 000\$ personne seule): donc **ne pas** le réclamer

— **Avez-vous des revenus locatifs ?** Oui Non **Des revenus de travailleur indépendant ?** Oui Non

— **De quelle façon avez-vous entendu parler de nous ?** _____

— **Avez-vous des enfants à charge ? Si oui, veuillez remplir les champs suivants :**

Prénom _____	Prénom _____
Nom _____	Nom _____
Lien de parenté _____	Lien de parenté _____
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) _____	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) _____
Est-ce que l'enfant est en garde partagée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, garde complète	Est-ce que l'enfant est en garde partagée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, garde complète

Prénom _____	Prénom _____
Nom _____	Nom _____
Lien de parenté _____	Lien de parenté _____
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) _____	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) _____
Est-ce que l'enfant est en garde partagée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, garde complète	Est-ce que l'enfant est en garde partagée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, garde complète

— **N'oubliez pas certains crédits d'impôts! Avez-vous droit à ces déductions ?**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Frais médicaux – Soins à l'extérieur de votre région | <input type="checkbox"/> Activité physique des enfants |
| <input type="checkbox"/> Frais de déplacement pour recevoir des traitements | <input type="checkbox"/> Activité physique des aînés (70 ans+) |
| <input type="checkbox"/> Frais de scolarité | <input type="checkbox"/> Crédit pour maintien à domicile des aînés (dénéigement, pelouse, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Frais de garde (CPE ou reçus de gardien(ne)) | <input type="checkbox"/> Frais d'adoption |
| <input type="checkbox"/> Cotisations : REER, FTQ, CSN, etc. | <input type="checkbox"/> Aidant naturel (fournir les informations relatives au personnel sur place) |
| <input type="checkbox"/> Dons de bienfaisance | <input type="checkbox"/> Maintien à domicile des aînés |
| <input type="checkbox"/> Dépenses d'emploi | <input type="checkbox"/> Emploi à l'étranger |
| <input type="checkbox"/> Placements | <input type="checkbox"/> Spécialistes étrangers |
| <input type="checkbox"/> Véhicule écoénergétique | <input type="checkbox"/> Contributions politiques |
| <input type="checkbox"/> Activité artistique des enfants | <input type="checkbox"/> Frais de déménagement (40 KM +) |

— Ne pas oublier d'inclure tous documents, reçus ou informations pertinentes à votre déclaration.

Commentaires :

Veuillez faire parvenir vos documents à info@juliegiroux.com, ou encore en prenant rendez-vous directement
Au www.comptabilitejuliegiroux.com.

En signant ci-dessous, je confirme que tous les renseignements ci-dessus sont exacts :

NOM EN LETTRES MOULÉES

SIGNATURE

Travaillons ensemble, un gage de réussite!