

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 JOUR: (____) _____ - _____

Téléphone SOIR: (____) _____ - _____ Adresse

: _____ App. : _____

Ville: _____ Prov.: _____

Code postal: _____

Courriel : _____

COORDONNÉES - 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 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 appelle ? 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

	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 (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:
