

## QUESTIONNAIRE DU CLIENT

<b>NOM</b>
Prénom : _____
Nom légal : _____

<b>NOM - Conjoint</b>
Prénom : _____
Nom légal : _____

<b>INDENTIFICATION</b>
Numéro d'ass. Sociale : _____
Date de Naissance : _____

<b>INDENTIFICATION - Conjoint</b>
Numéro d'ass. Sociale : _____
Date de Naissance : _____

<b>ÉTAT CIVIL</b>
État civil : _____
Si votre état civil a changé dans l'année : Ancien état civil : _____
Date du changement : _____

<b>COORDONNÉES</b>
Téléphone JOUR : _____
Téléphone SOIR : _____
Adresse : _____ App.: _____
Ville : _____ Prov.: _____
Code Postal : _____
Courriel : _____

<b>COORDONNÉES - Conjoint</b>
Téléphone JOUR : _____
Téléphone SOIR : _____
Adresse : _____ App.: _____
Ville : _____ Prov.: _____
Code Postal : _____
Courriel : _____

Avez-vous habité seul durant tout l'année (en excluant les personnes à charges)?

Possédez-vous plus de 100 000\$ de biens à l'étranger?

Êtes-vous un citoyen canadien?

Êtes-vous un non-résident du Canada pour fins fiscal?

Avez-vous acheté une première habitation ou vendu votre résidence principale?

Si vendu : Adresse : \_\_\_\_\_ Année acquisition : \_\_\_\_\_

Est-ce que ceci constitue votre première déclaration?

<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON

<b>ASSURANCE MÉDICAMENTS</b>
RAMQ PAYÉ : _____ \$ MOIS MOIS
Celle du gouvernement (RAMQ) De _____ À _____
Mon régime collectif De _____ À _____
Régime du conjoint/d'un parent De _____ À _____

<b>ASSURANCE MÉDICAMENTS - Conjoint</b>
RAMQ PAYÉ : _____ \$ MOIS MOIS
Celle du gouvernement (RAMQ) De _____ À _____
Mon régime collectif De _____ À _____
Régime du conjoint/d'un parent De _____ À _____

<b>PERSONNES À CHARGE</b>
Prénom : _____ Prénom : _____ Prénom : _____
Nom légal : _____ Nom légal : _____ Nom légal : _____
No Ass. Social : _____ No Ass. Social : _____ No Ass. Social : _____
Date de naissance : _____ Date de naissance : _____ Date de naissance : _____
Lien de parenté : _____ Lien de parenté : _____ Lien de parenté : _____
Revenu net : _____ Revenu net : _____ Revenu net : _____

<b>COMMENTAIRES</b>
QUI DEMANDE LE CRÉDIT T.P.S *SI ÉLIGIBLE* NOM : _____
QUI DEMANDE LE CRÉDIT SOLIDARITÉ *SI ÉLIGIBLE* NOM : _____
RELEVÉ 31
NO MATRICULE AU NOM DE : _____
AVIS DE COTISATIONS/IMPÔTS L'ANNÉE DERNIÈRE
SPÉCIMEN DE CHÈQUE
MONTANT DU LOYER POUR LES 70 ANS ET PLUS : JANV-JUIN : \$ _____ JUIL-DÉC : \$ _____
BOUCLIER FISCALE ( 101-105-107) (151-154) (LIGNE 27 ANNEXE L)