# QUESTIONNAIRE (CLIENTS EXISTANTS)

IMPÔT À DISTANCE EN LIGNE
Aucun déplacement requis

| 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): ____/____/_____

**COORDONNNÉES** (cochez si identique à l'année dernière ☐ )

Téléphone: (_____) _____-_____

Téléphone Mobile: (_____) _____-_____

Adresse : _____ App. : ____

Ville: _____ Prov.: ____

Code postal: _____

Courriel : _____

**COORDONNNÉES - conjoint**

Téléphone: (_____) _____-_____

Téléphone Mobile: (_____) _____-_____

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 2022? (**en excluant les personnes à charges**) | ☐ **OUI** | ☐ **NON** |
| - Au 31.12.2022, 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 2022 ? | ☐ **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'impôt ? | ☐ Email | ☐ Espace client |
| - Comment prévoyez-vous payer le coût de la préparation de vos impôts ? | ☐ Vir. Interac (1$) | ☐ Carte Crédit (3$) |

**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:**