



NOUVEAU CLIENT ?

OUI  NON

# QUESTIONNAIRE PRODUCTION D'IMPÔTS

ANNÉE DE LA DÉCLARATION DE REVENUS À PRODUIRE :

## RENSEIGNEMENTS • CONTRIBUABLE

LANGUE DE CORRESPONDANCE :  FRANÇAIS  ANGLAIS  M.  MME

PRÉNOM :  NOM FAMILLE :

DATE NAISSANCE :  N° N.A.S. :

JJ-MM-AAAA 000-000-000

TYPE CONTRIBUABLE :

## RÉSIDENCE • CITOYENNETÉ

Province ou territoire de résidence au 31 décembre :

Êtes-vous citoyen canadien ?  Êtes-vous résident permanent ?  
 OUI  NON  OUI  NON

Avez-vous immigré au Canada au cours de l'année ?  OUI  NON  
 Si oui, veuillez indiquer la date de votre arrivée :  JJ-MM-AAAA

COORDONNÉES ACTUELLES :  LOCATAIRE ? OU  PROPRIÉTAIRE ?

DATE DU DÉMÉNAGEMENT :  JJ-MM-AAAA

ADRESSE :

VILLE :

PROVINCE :  CODE POSTAL :

TÉL. DE JOUR :  TÉL. DE SOIR :

COURRIEL :

## COMMUNICATION AVEC L'ARC (L'AGENCE DU REVENU DU CANADA) ET LE MRQ (REVENU QUÉBEC)

Je renonce au papier aux fins de correspondance avec l'ARC \*.  OUI  NON

Je vous autorise à accéder en ligne à mon dossier à l'ARC et au MRQ \*.  OUI  NON

Si vous n'êtes pas encore inscrit au dépôt direct ou pour changer mon inscription actuelle (chèque spécimen requis).  OUI  NON

J'autorise l'ARC de communiquer mes coordonnées à Élections Canada (liste électorale).  OUI  NON

\* Je comprends qu'il est de ma responsabilité de m'inscrire à l'ARC (<https://bit.ly/2Ga91Cg>) et au MRQ (<https://bit.ly/30Lz10g>) pour accéder mes dossiers en ligne, récupérer les avis de cotisations et changer les préférences de correspondance.

## ASSURANCE MÉDICAMENTS • FRAIS MÉDICAUX

Avez-vous des frais médicaux à déclarer ?  OUI  NON NB : Joindre vos reçus svp.

Indiquer par régime, toute l'année OU les mois spécifiques qui s'appliquent

RÉGIME	TOUTE L'ANNÉE	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
<input type="checkbox"/> Régime gouvernemental (RAMQ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mon propre régime collectif ou individuel **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Régime collectif du conjoint(e) ou d'un parent **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autres exemptions : Permis Vacances-Travail, immigrant, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*\* Pour permettre l'exemption des frais du RAMQ, un régime privé collectif ou individuel, doit couvrir, même partiellement, les frais des médicaments à ordonnances.

## SIGNATURE DU DEMANDEUR :

Le signataire atteste que les informations fournies dans les deux pages de ce formulaire, ainsi que les relevés et pièces justificatives remis en vue de la production de sa déclaration de revenus, sont véridiques. Il assume l'entière responsabilité des informations transmises, ainsi que des omissions éventuelles de renseignements pertinents. Par ailleurs, le signataire reconnaît qu'il demeure responsable des pénalités applicables en cas de déclaration incomplète ou inexacte de ses revenus.

NOM DU SIGNATAIRE :

DATE :

JJ-MM-AAAA

## ÉTAT CIVIL - OBLIGATOIRE

Votre ÉTAT CIVIL actuel ?  CÉLIBATAIRE  CONJOINT(E) DE FAIT  
 MARIÉ(E)  SÉPARÉ(E)  
 DIVORCÉ(E)  VEUF(VE)

Votre ÉTAT CIVIL a-t'il CHANGÉ dans l'année d'imposition concernée ?

OUI  NON DATE EXACTE DU CHANGEMENT :

ANCIEN ÉTAT CIVIL :  JJ-MM-AAAA

## RENSEIGNEMENTS CONJOINT(E) - OBLIGATOIRE

Si vous avez un CONJOINT(E), traiterons-nous sa déclaration cette année ?  OUI  NON

1. Si OUI, pour traiter sa déclaration, veuillez faire remplir par votre conjoint(e) un « Questionnaire du Client(e) ».

• Est-ce que l'on transfère, au Québec, le remboursement d'impôts (si applicable) au conjoint ?  OUI  NON

• Fractionnement du revenu de pension avec son conjoint ?  OUI  NON

2. Si NON, veuillez fournir les renseignements suivants pour votre conjoint(e), qui sont exigés pour votre déclaration :

M.  MME PRÉNOM :

NOM DE FAMILLE :

DATE NAISSANCE :  N° N.A.S. :

JJ-MM-AAAA 000-000-000

## REVENU NET DU CONJOINT(E) :

• Déclaration Fédérale, Ligne 23600 ou estimé :

• Déclaration du Québec, Ligne 23600 ou estimé :

## ENFANT(S) / PERSONNE(S) À CHARGE

Veuillez décrire toute situation exceptionnelle : par exemple à charge les années paires.

M PRÉNOM :  NOM FAMILLE :

F LIEN :  DATE NAISSANCE :  N° N.A.S. :

JJ-MM-AAAA 000-000-000

Etudiant ? \*  OUI  NON  Frais de garde ? (RL-24)  OUI  NON

Garde partagée ?  OUI  NON  Frais de garde anticipés ? (RL-19)  OUI  NON

\* Étudiant postsecondaire : veuillez fournir les documents fiscaux T2202A et Relevé 8 disponible dans le portail virtuel du site Internet de l'établissement scolaire.

Garderie subventionnée ?  Pension alimentaire ?  Ayant un handicap ?

Autre(s) précision(s) sur votre personne à charge :

M PRÉNOM :  NOM FAMILLE :

F LIEN :  DATE NAISSANCE :  N° N.A.S. :

JJ-MM-AAAA 000-000-000

Etudiant ? \*  OUI  NON  Frais de garde ? (RL-24)  OUI  NON

Garde partagée ?  OUI  NON  Frais de garde anticipés ? (RL-19)  OUI  NON

\* Étudiant postsecondaire : veuillez fournir les documents fiscaux T2202A et Relevé 8 disponible dans le portail virtuel du site Internet de l'établissement scolaire.

Garderie subventionnée ?  Pension alimentaire ?  Ayant un handicap ?

Autre(s) précision(s) sur votre personne à charge :

M PRÉNOM :  NOM FAMILLE :

F LIEN :  DATE NAISSANCE :  N° N.A.S. :

JJ-MM-AAAA 000-000-000

Etudiant ? \*  OUI  NON  Frais de garde ? (RL-24)  OUI  NON

Garde partagée ?  OUI  NON  Frais de garde anticipés ? (RL-19)  OUI  NON

\* Étudiant postsecondaire : veuillez fournir les documents fiscaux T2202A et Relevé 8 disponible dans le portail virtuel du site Internet de l'établissement scolaire.

Garderie subventionnée ?  Pension alimentaire ?  Ayant un handicap ?

Autre(s) précision(s) sur votre personne à charge :



## Liste des documents à nous fournir (si applicable) :

## FEUILLETS REVENUS / PIÈCES JUSTIFICATIVES

- Feuilles d'emploi – T4 et Relevé 1, T4A, T4E, T4A et Relevé 2
- Feuilles de placement – T3, T5, T5008, Gains et pertes sur placement
- Feuilles de revenus de retraite – T4A (OAS), T4RIF, T4RSP, T4A (P)
- Autres relevés spécifiques : TAE – RQAP, T5007 – CNESTT
- Dépenses d'emploi (télétravail) : T2200 / TP-64.3 (de l'employeur)
- CELIAPP – T4FHS et Relevé 32
- Possession d'immeuble(s) à revenus : revenus de loyer, dépenses de location
- Travailleur autonome : revenus et dépenses, dette et prélèvements
- Vente / achat de votre résidence (tout document notarié)
- Relevé de taxes municipales / # cadastre

- Acomptes provisionnels (versement d'impôts anticipés)
- Feuilles de REER; durant l'année 2023 et les 60 premiers jours de l'année 2024
- Feuilles de REER de la FTQ | CSN (Relevé 10)
- Avis de cotisation de l'ARC (fédéral) de l'année précédente (code et maximum pour REER)
- Frais de gestion du portefeuille (placements)
- Feuilles de scolarité – T2202A / Relevé 8 • Intérêts payés sur prêts étudiants
- Feuilles de cotisations professionnelles
- Frais médicaux et relevés des assurances privées
- Reçu de dons / Contributions politiques
- Frais de garde d'enfants (Relevé 24 et Relevé 30 pour les CPE) • Crédits de frais de garde anticipé (Relevé 19)
- Frais d'activités physiques / artistiques des enfants (Québec)
- Total des montants du Crédit d'impôt Solidarité Sociale reçus de l'année précédente

## QUESTIONNAIRE PRODUCTION D'IMPÔTS

ANNÉE DE LA DÉCLARATION DE REVENUS À PRODUIRE : 

## RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES • CONTRIBUTABLE

## HABITATION - LOGEMENT - RÉSIDENT - DÉMÉNAGEMENT

- OUI  NON : Avez-vous **HABITÉ SEUL(E)** toute l'année (excluant le(s) personne(s) à charge ?
- Si **NON**, combien **d'adulte(s)**, excluant votre conjoint(e), vivaient avec vous ?
  - Si **NON**, combien **d'enfant(s)** aux études, excluant votre conjoint(e), vivaient avec vous ?
- OUI  NON : Étiez-vous **LOCATAIRE** au 31 décembre ? Si OUI, nous fournir le **Relevé 31**, s'il y a lieu.
- OUI  NON : Avez-vous, ou votre conjoint(e), acheté une **PREMIÈRE habitation** dans l'année ? Si **OUI**, demandez-nous le **questionnaire**.
- OUI  NON : Avez-vous **VENDU une résidence principale** ou **secondaire** dans l'année ? (obligatoire, même si exemption du gain).
- OUI  NON : Avez-vous changé **L'USAGE** d'une **propriété**, (résidence > location, ou location > résidence) dans l'année ou dans les années précédentes ? Si **OUI**, demandez-nous le questionnaire (très important pour gérer les gains en capital).
- OUI  NON : Possédez-vous un ou des **IMMEUBLE(S) LOCATIF(S)**, incluant les logements de type studio / bachelor ?
- OUI  NON : Avez-vous effectué des **TRAVAUX** par un **entrepreneur qualifié** au niveau de **votre ou vos habitation(s)** et/ou **immeuble(s) locatif(s)** ?
- OUI  NON : Êtes-vous **citoyen** ou **résident AMÉRICAIN**, détenteur de **carte verte**, ou né aux **ÉTATS-UNIS** ?
- OUI  NON : Êtes-vous **DEVENU résident** du **CANADA** ou avez-vous **quitté définitivement** le **CANADA** durant l'année ?
- OUI  NON : Avez-vous **DÉMÉNAGÉ** plus près (au moins 40 km) de votre travail ou école durant l'année ? Si **OUI**, demandez-nous le questionnaire.

## SANTÉ - ÂGE - FAMILLE

- OUI  NON : Êtes-vous et/ou **hébergez-vous** une **PERSONNE HANDICAPÉE**, atteint d'une maladie grave, d'une déficience physique ou mentale ?
- OUI  NON : Avez-vous des **FRAIS MÉDICAUX non-remboursés** par un **RÉGIME D'ASSURANCE** ?
- OUI  NON : Êtes-vous admissible au **CRÉDIT** pour **MAINTIEN À DOMICILE** d'une personne de **70 ANS** et plus ?
- OUI  NON : Avez-vous engagé des **DÉPENSES** pour le **MAINTIEN À DOMICILE** d'une **PERSONNE HANDICAPÉE** ou de **65 ANS** et plus ?
- OUI  NON : **AIDANT NATUREL** : Aidez-vous de façon soutenue une personne qui a une déficience des fonctions physiques ou mentales ou de 70 ans et plus ?
- OUI  NON : Si vous avez **70 ans et plus** ou votre **conjoint**, avez-vous engagé des **FRAIS D'ENTRETIEN** pour le **DÉNEIGEMENT, PELOUSE, MÉNAGE** ?
- OUI  NON : Avez-vous engagé des frais relatifs à un **TRAITEMENT D'INFERTILITÉ** ou à l'**ADOPTION** ?
- OUI  NON : Avez-vous des dépenses (pièces justificatives) pour des **ACTIVITÉS SPORTIVES** ou **ARTISTIQUES** (enfant de moins de 16 ans) ?

## ÉTUDES - SCOLARITÉ

- OUI  NON : Avez-vous fait des **ÉTUDES** pendant l'année et avez-vous des **FRAIS DE SCOLARITÉ** ?
- OUI  NON : Avez-vous remboursé un **PRÊT ÉTUDIANT** et /ou des **INTÉRÊTS PAYÉS** sur un prêt étudiant dans l'année ?

## EMPLOI • BIENS • INVESTISSEMENT(S) • DON(S)

- OUI  NON : Avez-vous reçu ou aliéné (vendu, cédé, échangé, donné, etc.) de la **MONNAIE VIRTUELLE** ?
- OUI  NON : Avez-vous cotisé à des **REER** en ou dans les 60 premiers jours de l'année ?
- OUI  NON : Avez-vous remboursé un **RAP** durant l'année ? Si **OUI**, veuillez nous fournir votre avis de cotisation fédérale.
- OUI  NON : Avez-vous cotisé à un **CELIAPP** en ?
- OUI  NON : Vous avez fait des **DONS** de bienfaisance à des organismes enregistrés ?
- OUI  NON : Avez-vous versé des **ACOMPTES PROVISIONNELS** pour l'impôt en ? Si **OUI**, combien ? **Fédéral** :  **Québec** :
- OUI  NON : Possédez-vous des **biens étrangers** dont la valeur totale dépasse **100 000 \$ CAD** (Déclaration de revenus étrangers T1135) ?
- OUI  NON : Au cours de l'année, avez-vous eu des **dépenses d'emploi (Télétravail)** : T2200 / TP-64.3) ?
- OUI  NON : Au cours de l'année, avez-vous eu des **dépenses d'emploi (Conducteur de grand routier)** : TL2 / TP-59 & TP-66) ?
- OUI  NON : Autre informations à ajouter ?