

QUESTIONNAIRE DU CLIENT

NOM M. Mme

Prénom: _____

Nom: _____

NOM - conjoint M. Mme

Prénom: _____

Nom: _____

IDENTIFICATION

NAS : _____ - _____ - _____ (Optionnel)

Date de naissance : (JJ/MM/AA): ____/____/____

IDENTIFICATION - conjoint

NAS : _____ - _____ - _____ (Optionnel)

Date de naissance : (JJ/MM/AA): ____/____/____

ÉTAT CIVIL

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

Téléphone: (____) _____ - _____

Téléphone Mobile: (____) _____ - _____

Adresse : _____ App. : _____

Ville: _____ Prov.: _____

Code postal: _____

Courriel : _____

COORDONNÉES - 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 ? (en excluant les personnes à charges) OUI NON
- À la fin de l'année, combien de personnes vivaient avec vous ? Prov de résidence au 31 Déc? _____
- 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 pour fins fiscal ? OUI NON
- Avez-vous acheté une première habitation ou vendu votre résidence principale en 2019 ? OUI NON
- Est-ce que vous voulez qu'un technicien vous appelle ? OUI Au besoin
- Quelle est votre langue de correspondance ? Français Anglais
- Comment prévoyez-vous payer le coût de la préparation de vos impôts ?
- Si vous êtes devenu résident du Canada ou cessez de l'être, mettez la date ----- Vir. Interac Carte Crédit (3\$ de plus)

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

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:

PROFICIENCY TAX