



RENSEIGNEMENTS DU CONTRIBUABLE – NOUVEAU CLIENT
DÉCLARATIONS FÉDÉRALES ET PROVINCIALES

IDENTIFICATION DU PARTICULIER: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Nom : _____ Prénom : _____ NAS: ____-____-____ Date de naissance : _____ Adresse : _____ Ville et code postal : _____ Téléphone : _____ Courriel : _____ Avez-vous déménagé en 2025? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	IDENTIFICATION DU CONJOINT : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Nom : _____ Prénom : _____ NAS : ____-____-____ Date de naissance : _____ Courriel : _____
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ÉTAT CIVIL : (au 31 décembre 2025) : S'il y a eu un changement d'état civil dans l'année, indiquez la date : _____ Avez-vous habitez seul tout au long de l'année 2025? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Marié(e) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/>	Veuf (ve) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------

CLIENTS MONOPARENTAUX SANS CONJOINT INFORMATIONS EX-CONJOINT(E) SI SÉPARATION DANS L'ANNÉE 2025 : Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ Avez-vous des enfants à votre charge? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Payez-vous une pension alimentaire? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

ENFANTS MINEURS À CHARGE : Nom enfant à charge 1 : _____ Date naissance : _____ Nom enfant à charge 2 : _____ Date naissance : _____	Nom enfant à charge 3 : _____ Date naissance : _____ Nom enfant à charge 4 : _____ Date Naissance : _____
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ASSURANCE MÉDICAMENTS : PARTICULIER Votre assurance collective ou conjoint toute l'année. <input type="checkbox"/> RAMQ toute l'année <input type="checkbox"/> <i>Si changement de couverture pendant l'année,</i> Assurance privée : DE: _____ A: _____ RAMQ : DE: _____ A: _____	CONJOINT Votre assurance collective ou conjoint toute l'année. <input type="checkbox"/> RAMQ toute l'année <input type="checkbox"/> <i>Si changement de couverture pendant l'année,</i> Assurance privée : DE: _____ A: _____ RAMQ: DE: _____ A: _____
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CRÉDIT D'IMPÔT POUR LA SOLIDARITÉ (ANCIENNEMENT CRÉDIT TVQ) : Qui demande ce crédit (une seule personne par couple)? Vous <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Êtes-vous : Propriétaire : <input type="checkbox"/> Locataire avec bail (Fournir relevé 31 du proprio) <input type="checkbox"/> Ni un ni l'autre <input type="checkbox"/>		
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

MAINTIEN DOMICILE (70 ans et plus) : Coût du loyer de décembre 2025 (locataire) : _____ par mois J'habite dans une résidence privée pour personnes âgées : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Habité au même endroit toute l'année : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <u>Propriétaire</u> : Frais annuels de déneigement, facture a l'appui : _____ \$	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--