



<b>NOM</b>	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme
Prénom : _____	
Nom : _____	

<b>NOM – CONJOINT(E)</b>	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme
Prénom : _____	
Nom : _____	

<b>IDENTIFICATION</b>
Numéro d'ass. sociale : _____ - _____ - _____
Date de naissance (JJ/MM/AA) : _____ / _____ / _____

<b>IDENTIFICATION – CONJOINT(E)</b>
Numéro d'ass. sociale : _____ - _____ - _____
Date de naissance (JJ/MM/AA) : _____ / _____ / _____

<b>ÉTAT CIVIL</b>
<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(e)
<b>Si votre état civil a changé dans l'année :</b> Ancien état civil : _____
Date du changement (JJ/MM/AA) : _____ / _____ / _____

<b>COORDONNÉES</b>
Téléphone JOUR: (_____) _____ - _____
Téléphone SOIR: (_____) _____ - _____
Adresse : _____ App. : _____
Ville : _____ Prov. : _____
Code postal : _____
Courriel* : _____

<b>COORDONNÉES – CONJOINT</b>	<input type="checkbox"/> même
Téléphone JOUR: (_____) _____ - _____	
Téléphone SOIR: (_____) _____ - _____	
Cocher si adresse identique : <input type="checkbox"/>	
Courriel : _____	
Traiterons-nous la déclaration du conjoint : <input type="checkbox"/> <b>OUI</b> <input type="checkbox"/> <b>NON</b>	
Si non, donnez son revenu pour l'année :	
Ligne 236 fédéral : _____	\$
Ligne 275 Québec : _____	\$

- Avez-vous habité seul(e) toute l'année? (excluant les personnes à charge de moins de 18 ans)  **OUI**  **NON**
- Avez-vous quitté définitivement le pays ou êtes-vous arrivés au Canada durant l'année ?  **OUI**  **NON**
- Possédez-vous plus de 100 000\$ de biens à l'étranger ?  **OUI**  **NON**
- Acheteur d'une première habitation dans l'année?  **OUI**  **NON**
- Avez-vous vendu une résidence principale ?  **OUI**  **NON**

Année d'acquisition : \_\_\_\_\_ Produit de disposition : \_\_\_\_\_

Numéro matricule : \_\_\_\_\_

<b>ÊTES-VOUS UN NOUVEAU DIPLÔMÉ ?</b>	<b>OUI</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NON</b>	<input type="checkbox"/>
Si oui avez-vous déjà réclamé le crédit ?	<b>OUI</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NON</b>	<input type="checkbox"/>
Si oui : Fournir : Avis de cotisation des années où vous avez réclamez le crédit				
Si non : Fournir : Date de fin de la formation, copie du diplôme, date de début de l'emploi et nom de l'employeur				

<b>ASSURANCE MÉDICAMENT</b>
Svp indiquez les mois qui s'appliquent :
Celle du gouvernement (RAMQ) De _____ à _____
Mon propre régime collectif De _____ à _____
Régime collectif du conjoint/d'un parent De _____ à _____
Exception : Permis Vacances Travail De _____ à _____

<b>ASSURANCE MÉDICAMENT – CONJOINT</b>
Svp indiquez les mois qui s'appliquent :
Celle du gouvernement (RAMQ) De _____ à _____
Mon propre régime collectif De _____ à _____
Régime collectif du conjoint/d'un parent De _____ à _____
Exception : Permis Vacances Travail De _____ à _____

<b>PERSONNES À CHARGE</b>
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Prénom : _____ Nom : _____
Date de naissance (JJ/MM/AA) : _____ / _____ / _____ NAS (si attribué) : _____ - _____ - _____
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Prénom : _____ Nom : _____
Date de naissance (JJ/MM/AA) : _____ / _____ / _____ NAS (si attribué) : _____ - _____ - _____

<b>CRÉDIT D'IMPÔT SOLIDARITÉ (CIS) (Situation au 31 décembre) et crédit TPS</b>
Avez-vous un conjoint oui _____ non _____ Qui demande CIS <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
Avez-vous habité seul(e) toute l'année ? _____ Qui demande Crédit TPS <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
Garde partagée ? _____
Relevé 31 : _____ Numéro matricule : _____