

QUESTIONNAIRE DU CLIENT (MISE À JOUR 2019)

NOM M. Mme

Prénom: _____

Nom: _____

NOM - conjoint(e) M. Mme

Prénom: _____

Nom: _____

COORDONNÉES

Téléphone : (____) _____ - _____

Courriel : _____

COORDONNÉES - conjoint(e)

Téléphone : (____) _____ - _____

Courriel : _____

AVEZ-VOUS CHANGÉ D'ÉTAT CIVIL EN 2019, NON **si OUI** **pour lequel?**

- Célibataire Conjoint de fait Marié(e)
 Séparé(e)* Divorcé(e)* Veuf(ve)

Ancien état civil: _____

Date du changement (JJ/MM/AA): ____/____/____

*** SI SÉPARATION OU DIVORCE**
 Revenu net du conjoint(e)
 du 1er janvier 2019 à la date de séparation
 Infos sur Rapport impôt 2019
 Féd. ligne 23600
 Prov. ligne 275
 \$ _____

AVEZ-VOUS DÉMÉNAGÉ EN 2019? NON **si OUI** **complétez ci-dessous**

Nouvelle adresse: _____ App.: _____
 Ville: _____ Prov.: _____
 Code postal: _____

Si nouvelle propriété, matricule du compte taxes municipale (2019) _____

Si vendu votre propriété en 2019? Date d'achat original: ____/____/____ Date de vente: ____/____/____
 Coût d'achat original: \$ _____ Prix de la vente: \$ _____

Si achat d'une première habitation dans l'année 2019 ? **NON** **OUI** complétez ci-dessous

Date de l'achat: ____/____/____ Coût d'achat: \$ _____

Si locataire avez-vous votre Relevé 31 fourni par le propriétaire? **NON** **OUI**

VOTRE RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICAMENTS A-T'IL CHANGÉ EN 2019 ? **NON** **si OUI** **complétez ci-dessous**

ASSURÉ PRINCIPAL

Assurance de base (pas complémentaire) couvrant les médicaments

	l'année entière	ou du mois
Celle du gouvernement (RAMQ)	<input type="checkbox"/>	de ____ à ____
Mon propre régime collectif	<input type="checkbox"/>	de ____ à ____
Régime du conjoint/d'un parent	<input type="checkbox"/>	de ____ à ____

ASSURANCE du conjoint

Assurance de base (pas complémentaire) couvrant les médicaments

	l'année entière	ou du mois
Celle du gouvernement (RAMQ)	<input type="checkbox"/>	de ____ à ____
Son propre régime collectif	<input type="checkbox"/>	de ____ à ____
Régime du conjoint/d'un parent	<input type="checkbox"/>	de ____ à ____

Avez-vous une assurance complémentaire à la RAMQ ? **OUI** **NON**

Rapport de votre pharmacien et de votre régime collectif ? **OUI** **NON**

À compléter si changement pour PERSONNE(S) À CHARGE (ajout ou modification)				Frais scolarité		Transfert parents	
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Prénom: _____	Nom: _____				
		Date de naissance : (JJ/MM/AA): ____ / ____ / ____	NAS (si attribué) : ____ - ____ - ____				
				oui	non	oui	non
<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"/> M	<input type="checkbox"/> F	Prénom: _____	Nom: _____				
		Date de naissance : (JJ/MM/AA): ____ / ____ / ____	NAS (si attribué) : ____ - ____ - ____				
				oui	non	oui	non
<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"/> M	<input type="checkbox"/> F	Prénom: _____	Nom: _____				
		Date de naissance : (JJ/MM/AA): ____ / ____ / ____	NAS (si attribué) : ____ - ____ - ____				
				oui	non	oui	non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES	
<input type="checkbox"/> Si REVENUS LOCATIFS , fournir ÉTATS DES REVENUS ET DÉPENSES	FORMULAIRES SUR SITE WEB www.imoreault-cpa.ca
<input type="checkbox"/> Si TRAVAILLEUR AUTONOME , fournir ÉTATS DES REVENUS ET DÉPENSES	ONGLET DOCUMENTS UTILES
VEUILLEZ NOTER TOUTES INFORMATIONS PERTINENTES POUR LA PRÉPARATION DE VOTRE DÉCLARATION	

Transactions sur titres
T5008 en 2019 oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

SIGNATURE: _____

DATE: ____/____/ 20__