

IMPÔT 2R - QUESTIONNAIRE DU CLIENT

Effacer :

NOM	M.	Mme
Prénom: _____		
Nom: _____		

NOM - CONJOINT	M.	Mme
Prénom: _____		
Nom: _____		

IDENTIFICATION
Numéro d'ass. Sociale : _____ - _____ - _____
Date de naissance : (JJ/MM/AA): ____/____/____

IDENTIFICATION - CONJOINT
Numéro d'ass. Sociale : _____ - _____ - _____
Date de naissance : (JJ/MM/AA): ____/____/____

ÉTAT CIVIL
<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(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 <input type="checkbox"/>
Traiterons-nous la déclaration du conjoint: <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si non, donnez son revenu net approx pour l'année _____ \$
Courriel : _____

- Avez-vous habité seul(e) durant toute l'année 2020 ? (en excluant les personnes à charges)

OUI NON

- Avez vous déménagé en 2020?

OUI NON

- 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 2020 ?

Acheté Vendu

- Est-ce que vous voulez qu'un technicien vous appelle ?

OUI Au besoin

- Comment voulez-vous recevoir la copie de vos déclarations d'impôt ?

- Est-ce que votre employeur vous a autorisé à faire du télétravail dû à la

Poste Email En personne

OUI NON

COVID-19? Si oui, remplissez la section plus bas.

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) : _____ - _____ - _____

TÉLÉTRAVAIL DU A LA COVID-19
Nombre de jours en télétravail (max 200) voir exemple ici
Si vous avez un formulaire T2200S, calculer le montant auquel vous avez droit ici
et inscrivez-le ici