

FICHE CLIENT

Homme Femme

Homme Femme

Prénom /Nom _____	
NAS _____	Date Naiss. _____
Courriel _____	
Êtes-vous inscrit à mon dossier ARC <input type="radio"/> QBC <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	
Avez-vous eu cette année 60 ans <input type="radio"/> ou 65 ans <input type="radio"/>	
Si + 60 ans lien familial avec employeur? OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	
Crédit Handi CND <input type="radio"/> QBC <input type="radio"/> Incapable de vivre seul <input type="radio"/>	
Avez-vous remboursé de la PCU ou autre prog OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	
Ac. Provisioi CND _____ QBC _____	
RAP ou REEP à rembourser _____	
Avez-vous fait des transactions de cryptomonaie? OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	
Avez-vous ouvert un CELIAPP en 2023 OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Date _____	
Possédez-vous + de 100 000\$ CND à l'étranger? OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	

Prénom /Nom _____	
NAS _____	Date Naiss. _____
Courriel _____	
Êtes-vous inscrit à mon dossier ARC <input type="radio"/> QBC <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	
Avez-vous eu cette année 60 ans <input type="radio"/> ou 65 ans <input type="radio"/>	
Si + 60 ans lien familial avec employeur? OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	
Crédit Handi CND <input type="radio"/> QBC <input type="radio"/> Incapable de vivre seul <input type="radio"/>	
Avez-vous remboursé de la PCU ou autre prog OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	
Ac. Provisioi CND _____ QBC _____	
RAP ou REEP à rembourser _____	
Avez-vous fait des transactions de cryptomonaie? OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	
Avez-vous ouvert un CELIAPP en 2023 OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Date _____	
Possédez-vous + de 100 000\$ CND à l'étranger? OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	

AVEC QUI VOUS AVEZ VOTRE ASSURANCE MEDICAMENT?	
Avec la RAMQ depuis quel mois? _____	Toute l'année <input type="radio"/>
Avec Employeur depuis quel mois? _____	Toute l'année <input type="radio"/>
RAMQ et ex-employeur depuis quel mois? _____	Toute l'année <input type="radio"/>
Qui a l'assurance. Vous <input type="radio"/> Conjoint <input type="radio"/> Parent <input type="radio"/>	
Aide Social ou CHSLD depuis quel mois _____	Toute l'année <input type="radio"/>
Prescriptions Gratuites pour personne âgée _____	Toute l'année <input type="radio"/>

AVEC QUI VOUS AVEZ VOTRE ASSURANCE MEDICAMENT?	
Avec la RAMQ depuis quel mois? _____	Toute l'année <input type="radio"/>
Avec Employeur depuis quel mois? _____	Toute l'année <input type="radio"/>
RAMQ et ex-employeur depuis quel mois? _____	Toute l'année <input type="radio"/>
Qui a l'assurance. Vous <input type="radio"/> Conjoint <input type="radio"/> Parent <input type="radio"/>	
Aide Social ou CHSLD depuis quel mois _____	Toute l'année <input type="radio"/>
Prescriptions Gratuites pour personne âgée _____	Toute l'année <input type="radio"/>

Téléphone _____	Cell _____	Cell Conjoint _____
Adresse _____		
Ville _____		Code postal _____
Date déménagement _____		Date de changement Province/Pays _____ de OÙ _____
Avez-vous vendu à profit un bien à usage personnel.(ex: auto, roulotte, remorque, motoneige etc.)		OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>
Avez-vous acheté votre première Maison?		OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> Si OUI remplir annexe achat
Avez-vous Vendu, Cédé, Donné ou Commencé à louer un Immeuble ?		Si OUI remplir annexe vente OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>

ETAT CIVIL au 31 décembre	
Célibataire <input type="radio"/> Marié <input type="radio"/> Conjoint-fait <input type="radio"/> Séparé <input type="radio"/> Séparé avant C-Fait <input type="radio"/> Séparé avant marié <input type="radio"/>	
Divorcé <input type="radio"/> Divorcé avant marié <input type="radio"/> Veuf(ve) <input type="radio"/> Date du changement d'état civil _____	
En 2023 étiez-vous SEULE dans votre maison ou logement TOUTE L'ANNÉE OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	

SOLIDARITE Locataire ou Sous-Locataire (vous devez avoir votre nom sur le bail) RELEVÉ 31 (OBLIGATOIRE) <input type="radio"/>	
Propriétaire No de Matricule/cpt de TXS foncières(OBLIGATOIRE) <input type="radio"/> Qui est Proprio? M <input type="radio"/> Mme <input type="radio"/> Les 2 <input type="radio"/>	
Matricule: _____	

Si 70 ans et + au 31 décembre	
Si vous êtes locataire coût du loyer/mois _____	Déneigement <input type="radio"/> _____
Si vous êtes en RPA fournir R19 + Annexe au bail ci-joint <input type="radio"/>	Pelouse/ entretien ext. <input type="radio"/> _____
Si vous êtes propriétaire d'un condo fournir le TPZ1029 ci-joint <input type="radio"/>	Ent. Ménagé et soins personnel <input type="radio"/> _____
	Autres <input type="radio"/> _____

Payez-vous ou revevez-vous une pension alimentaire d'un(e) ex-conjoint(e) (pas pour des enfants)	Montant \$ _____
---	------------------

NOTES

J'accepte de payer des frais d'ouverture de dossier de 30\$ plus taxes, si je décide de reprendre mes documents avant que vous puissiez préparer mes déclarations.

Signature du client _____