

FICHE CLIENT

Date: _____

PRIX TOTAL: _____

Client NO Homme Femme

Prénom /Nom _____	NAS _____	Date Naiss. _____
Courriel _____	CIPH _____ CND <input type="radio"/> QBC <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	Incapable de vivre seul <input type="radio"/>
Avez-vous eu cette année 65 ans OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	AVEC QUI VOUS AVEZ VOTRE ASSURANCE MEDICAMENT?	
Si + 65 ans avez-vous un lien familial avec l'employeur? OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	Mois sur la RAMQ en 2026 _____	Toute l'année <input type="radio"/>
RAP ou REEP à rembourser _____ \$	Mois avec Employeur en 2026 _____	Toute l'année <input type="radio"/>
Possédez-vous de la cryptomonaie? OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	Mois sur la RAMQ+Ex-employeur _____	Toute l'année <input type="radio"/>
Avez-vous ouvert un CELIAPP ? Si OUI quelle année _____	Aide Social ou CHSLD depuis quel mois _____	Toute l'année <input type="radio"/>
Déterminez-vous + de 100 000\$ cnd en argent ou biens à l'étranger? Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	Qui a l'assurance. Vous <input type="radio"/> Conjoint <input type="radio"/> Parent <input type="radio"/>	

Conjoint NO Homme Femme

Prénom /Nom _____	NAS _____	Date Naiss. _____
Courriel _____	CIPH _____ CND <input type="radio"/> QBC <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	Incapable de vivre seul <input type="radio"/>
Avez-vous eu cette année 65 ans OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	AVEC QUI VOUS AVEZ VOTRE ASSURANCE MEDICAMENT?	
Si + 65 ans avez-vous un lien familial avec l'employeur? OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	Mois sur la RAMQ en 2026 _____	Toute l'année <input type="radio"/>
RAP ou REEP à rembourser _____ \$	Mois avec Employeur en 2026 _____	Toute l'année <input type="radio"/>
Possédez-vous de la cryptomonaie? OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>	Mois sur la RAMQ+Ex-employeur _____	Toute l'année <input type="radio"/>
Avez-vous ouvert un CELIAPP ? Si OUI quelle année _____	Aide Social ou CHSLD depuis quel mois _____	Toute l'année <input type="radio"/>
Déterminez-vous + de 100 000\$ cnd en argent ou biens à l'étranger? Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	Qui a l'assurance. Vous <input type="radio"/> Conjoint <input type="radio"/> Parent <input type="radio"/>	

Téléphone _____	Cell _____	Cell Conj. _____
Adresse _____	Date déménagement _____	
Ville _____	Code postal _____	
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, date à la quelle vous avez signé chez le notaire _____		
Avez-vous Vendu, Cédé, Donné ou Commencé à louer un Immeuble ? OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>		

Célibataire Marié Conjoint-fait Séparé Séparé avant C-Fait Séparé avant marié

Divorcé Divorcé avant marié Veuf(ve) Date du changement d'état civil _____

En **2026** étiez-vous **SEULE** dans votre maison ou logement **TOUTE L'ANNEE** OUI NON

SOLIDARITE Choisir selon votre situation AU 31 DECEMBRE

Si vous êtes locataire ou Sous-Locataire (vous devez avoir votre nom sur le bail) RELEVÉ 31 (OBLIGATOIRE)

Si vous êtes propriétaire No de Matricule/cpt de TXS foncières(OBLIGATOIRE) Qui est Proprio? M Mme Les 2

Matricule: _____

Si 70 ans et + au 31 décembre	
Si vous êtes propriétaire d'une maison voir la liste des dépenses les + courantes →	Déneigement <input type="radio"/> _____ \$
Si vous êtes propriétaire d'un condo fournir le TPZ1029 ci-joint <input type="radio"/>	Pelouse/ ent. ext. <input type="radio"/> _____ \$
Si vous êtes en RPA fournir R19 + Annexe au bail ci-joint <input type="radio"/>	Ent. mén. et perso. <input type="radio"/> _____ \$
Si vous êtes locataire coût du loyer/mois # Co-Loc _____	Frs Surveillance <input type="radio"/> _____ \$
	Repas ou 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'ouvertue de dossier de 30\$ plus taxes, si je décide de reprendre mes documents avant que vous puissiez préparer mes déclarations.

Signature du client _____