



INFORMATIONS PERSONNELLES

NOUVEAUX CLIENTS

Date reçue _____

CONTRIBUABLE

CONJOINT(E)

Nom : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Prénom : _____

N.A.S : _____ H ___ F ___

N.A.S : _____ H ___ F ___

Date de naissance : J ___ / M ___ / A ___

Date de naissance : J ___ / M ___ / A ___

Adresse : _____ App : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Travail : _____ Cell: _____

Courriel : (s.v.p. **Écrire en lettre carrée**) _____ @ _____

État civil au 31 décembre : Marié ___ conjoint de fait ___ célibataire ___ divorcé ___ séparé ___ veuf ___
J M A

Si différent de l'an passé, inscrire la date du changement: ___ / ___ / ___

Séparation dans la dernière année : J M A
Nom et prénom de l'ex-conjoint(e) : _____ Date de naissance : ___ / ___ / ___

N.A.S. (si possible): _____ Estimation de ses revenus avant la séparation : \$ _____

IDENTIFICATION DES ENFANTS

Table with 4 columns: Nom, Prénom, Date de naissance (J M A), Sexe (G F). Three rows for child identification.

Garde partagée avec un ex-conjoint(e) ? _____ Enfants aux études postsecondaire _____

Vécu seul durant toute l'année ? NE PAS RÉPONDRE SI EN COUPLE Oui _____ Non _____

R.A.P. à rembourser (Régime d'accession à la propriété) : Oui _____ montant annuel _____

Achat d'une première maison (ne pas avoir été propriétaire dans les 5 ans) Oui _____

Si vous avez fait faillite au cours d'une des deux dernières années, cochez ici : _____

Réservé à Impôt Direct :

AUTRES SITUATIONS OU COMMENTAIRES : _____

INFORMATIONS PERSONNELLES

ASSURANCE MÉDICAMENT

Étiez-vous couvert par une assurance collective fournie par votre employeur **durant toute l'année ?**

Oui ____ Non ____ partiellement ____ Votre conjoint(e) ? Oui ____ Non ____ partiellement ____

Si la couverture a été partielle, cochez ci-dessous les mois couverts par une assurance fournie par votre employeur ou votre ex-employeur. (*Habituellement 3 mois après votre embauche*)

Mois couverts par votre assurance collective fournie par votre employeur

Vous : J ____ F ____ M ____ A ____ M ____ J ____ J ____ A ____ S ____ O ____ N ____ D ____

Votre conjoint(e) : identique ____ J ____ F ____ M ____ A ____ M ____ J ____ J ____ A ____ S ____ O ____ N ____ D ____

CRÉDIT D'IMPÔT POUR LA SOLIDARITÉ

Cette section doit être remplie d'après votre situation aujourd'hui. S'il y a des changements à apporter à votre situation dans les prochains mois, vous devrez aviser Revenu Québec.

Seuil du revenu approximatif familial à ne pas dépasser pour avoir droit à ce crédit d'impôt :

Personne vivant seule : \$ 48 000 Couple sans enfant : \$ 52 000 Couple avec 2 enfants : \$ 56 000

Si votre revenu familial se situe autour de ces seuils, remplissez quand même cette annexe.

JE NE DEMANDE PAS LE CRÉDIT D'IMPÔT POUR LA SOLIDARITÉ

_____ *Signez au bas*

Êtes-vous inscrit au dépôt direct au provincial ? OUI ____ NON ____ *vous devez fournir un spécimen de chèque.*

Situation actuelle :

Propriétaire / Locataire ____ Chez un de vos parents / amis ____ En chambre / HLM / prix modique ____

Habitez-vous présentement avec un conjoint(e) : OUI ____ NON ____

Vous devez soit être marié ou être conjoint de fait depuis au moins 12 mois.

Habitez-vous avec un colocataire ou un copropriétaire à l'exclusion du conjoint(e) : OUI ____ NON ____

Nombre d'enfants de moins de 18 ans pour lequel vous recevez le soutien aux enfants (PROV) : _____

Parmi ceux-ci, combien sont en garde partagée : _____

Signature _____

Date _____

Je déclare qu'au mieux de ma connaissance, toutes les informations de ce document sont véridiques et complètes à la date de la signature de ce document. Je comprends que je dois aviser Revenu Québec s'il y a un changement dans ma situation concernant le crédit d'impôt pour la solidarité dans le mois que survient ce changement.