

Dépenses Télétravail

Année _____

Télétravail dû à la COVID-19
oui
non

Nom : _____

Fonction: _____

Date de début _____

 Payé à la commission **oui** **non**

Date de fin _____

OPTION 1 - Méthode simplifiée
OUI
NON

**Vous devez avoir travaillé plus de 50% du temps à domicile pour une période d'au moins 1 mois

Nombre total de jours travaillés à domicile _____

 2\$/jour
Maximum 500\$

OPTION 2 - Méthode détaillée

CAN Formulaire T2200 ou T2200S

Qc Formulaire TP64

Dépenses maison

Loyer (bail) _____

Chauffage (Energir, gaz, etc) _____

Electricité _____

Entretien relié emploi _____

Internet _____

Téléphone _____

 Assurance ^{Note 1} _____

 Taxes foncières ^{Note 1} _____

Autres _____

Total Dépenses maison _____

Autres Dépenses Télétravail / Enseignant(e)^{Note 4}

 Fournitures bureau ^{Note 2} _____

 Téléphone cellulaire ^{Note 2} _____

 Supplément Assurance ^{Note 1} _____

 Internet ^{Note 3} _____

 Honoraires comptable ^{Note 1} _____

Total Autres dépenses _____

Note 1 - seulement employés à commission

Note 2 - utilisation exclusive pour le télétravail, encre, papier non remboursé

Note 3 - seulement si ajout pour télétravail (preuve à l'appui)

Note 4 - Enseignant(e) ; fournitures payés par vous pour enseignement

Signature : _____

Lieu de travail

Nom de la pièce utilisée: _____

 Pièce dédiée 100% télétravail **oui** **non**

Nb heures/travail/semaine _____

Superficie totale maison _____

Superficie de la pièce utilisée _____

% utilisation télétravail _____

n.b. si vous n'êtes pas certain laissez-nous faire le calcul

Location équipement pour le télétravail

Seulement ce que vous avez payé, si votre employeur vous a remboursé, ça ne s'applique pas.

Copie de facture nécessaire

\$ / mois

Ordinateur _____

Imprimante/Scan _____

Téléphone Cellulaire _____

Date : _____