Effacer formulaire

Plani-impot

Frais Médicaux
Dons
Activités sportives et culturelles

Année 2022

Nom de l'assuré(e) _____

Nous n'avons pas besoin de vos reçus, la feuille complétée est suffisante pour nous

Vous devez conserver vos reçus pour une période de 6 ans

*** Si vos frais sont **couverts par une assurance, n'inscrivez que le montant non remboursé par vos assurances et déduire les sommes reçus des différents programmes gouvernementaux exemple : dentiste, optométrie.**
Veuillez noter que toute chirurgie esthétique et les soins de massothérapie ne sont pas admissibles. ***

	Vous	Conjoint (e)	Pers à charge	Pers à charge
Indiquez le nom des personnes :				
Prime assurance pour frais médicaux **sauf si inscrite sur T4 et Relevé1**	$	$	$	$
Médicaments / Différence assurance	$	$	$	$
Dentiste / Orthodontie / Denturologiste	$	$	$	$
Optométriste /Opticien	$	$	$	$
Naturopathe/ Ostéopathe (**Québec seulement**)	$	$	$	$
Chiropraticien / Physiothérapeute / Ergothérapeute	$	$	$	$
Médecin privé / clinique privée	$	$	$	$
Prélèvements sanguins	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$
	$	$	$	$
Total Frais médicaux:	0,00 $	0,00 $	0,00 $	0,00 $

DONS pour les oeuvres de bienfaisance

Faire la somme des dons de bienfaisance

Conserver vos reçus	**Total des dons**	$	$	$	$

Activités sportives et/ou culturelles

Enfants 5 à 16 ans ou Adultes 70 ans et plus

Faire la somme de toutes les activités

Conserver vos reçus	**Total des activités**	$	$	$	$

Complété par : _____ Date : _____