

SAISIES DE DONNÉES

CONTRIBUABLE PRINCIPAL

PRÉNOM:	ÉTAT CIVIL:
NOM:	DATE NAISSANCE (JJ-MM-AAAA):
ADRESSE:	TÉLÉPHONE:
VILLE ET CP:	SEXE: <input type="checkbox"/> HOMME <input type="checkbox"/> FEMME
Courriel:	NAS:

CONJOINT

PRÉNOM:	DATE NAISSANCE (JJ-MM-AAAA):
NOM:	TÉLÉPHONE:
Courriel:	SEXE: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F NAS:

ENFANTS À CHARGE

NOM:	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	HANDICAPÉ	NAS
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

INFORMATIONS ADDITIONNELLES

ASSURANCE MÉDICAMENTS	<input type="checkbox"/> RAMQ	<input type="checkbox"/> PRIVÉE	<input type="checkbox"/> TOUTE L'ANNÉE	PRÉCISÉ _____
PERSONNE VIVANT SEULE (OU AVEC DES ENFANTS MINEURS)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
VENTE DE MAISON EN 2023 ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
ACHAT D'UNE PREMIÈRE MAISON EN 2023 ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
RAP ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
PROPRIÉTAIRE OU LOCATAIRE ?	<input type="checkbox"/> PROPRIÉTAIRE	<input type="checkbox"/> LOCATAIRE		
PERSONNE HANDICAPÉE ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	CONJOINT HANDICAPÉ ? <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
JE PAIE UNE PENSION ALIMENTAIRE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
TÉLÉTRAVAIL EN 2023 ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	MÉTHODE SOUHAITÉE: <input type="checkbox"/> DÉTAILLÉE	<input type="checkbox"/> RAPIDE		
DE QUELLE FAÇON JE SOUHAITE RECEVOIR MA COPIE D'IMPÔT 2023 ?	<input type="checkbox"/> COURRIEL	<input type="checkbox"/> PAPIER		
DÉPÔT DIRECT	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		