

## 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	PRÉCISEZ _____
PERSONNE VIVANT SEULE (OU AVEC DES ENFANTS MINEURS)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
VENTE DE MAISON EN 2021 ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
ACHAT D'UNE PREMIÈRE MAISON EN 2021 ?	<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 2021 ?	OUI	NON	JOURS :	MÉTHODE SOUHAITÉE: <input type="checkbox"/> DÉTAILLÉE <input type="checkbox"/> RAPIDE
DE QUELLE FAÇON JE SOUHAITE RECEVOIR MA COPIE D'IMPÔT 2021 ?	<input type="checkbox"/> COURRIEL	<input type="checkbox"/> PAPIER		
DÉPÔT DIRECT	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		