

1. AVONS-NOUS FAITS VOS IMPÔTS L'AN PASSÉ? [] NON → Complétez cette section [] OUI → Passez à la section 2.

Puisque nous n'avons **PAS fait** vos impôts l'an passé, veuillez les joindre si possible.

Madame date de naissance : aaaa / mm / jj	Monsieur date de naissance : aaaa / mm / jj
Madame numéro ass. social :	Monsieur numéro ass. social :
Qui vous a référé à nous ? prénom nom	

2. À COMPLÉTER POUR TOUS Joindre vos avis de cotisation si possible. Crédit pers. handicapé

Prénom Mme :	Nom :	aaaa / mm / jj	[] Fed [] Prov
Prénom M :	Nom :	aaaa / mm / jj	[] Fed [] Prov
Nom Facebook (Communication rapide)			
Adresse :		Code postal :	Est-ce nouvelle adresse [] OUI
État civil au 31 décembre : [] Veuf [] Conjoint [] Célibataire [] Séparé [] Divorcé [] Marié			
Changement d'état civil? Date d'union = 1 an déclaré même adresse ou arrivée nouveau-né		[] NON [] OUI → Date séparation : 2025 / mm / jj Ou → Date d'union : 2025 / mm / jj	
Avez-vous vécu seul(e) tout au long de l'année?		[] NON [] OUI → Seul(e) et/ou avec enfant(s) mineur(s)	
Couverture ass. Médicaments		DURANT 12 MOIS : [] RAMQ ou [] Ass collective	
		SI PAS 12 MOIS : Encercler mois couverts sur plan collectif: j f m a m j j a s o n d	
Au 31 décembre : (Pour solidarité si 64k, 70k rev fam net)		[] Locataire → Relevé 31 [] Ne s'applique pas moi [] Propriétaire → # Matricule tx municipales	
Achat 1 ^{ère} maison cette année ? [] OUI →		Date: 2025 / mm / jj Qui est propriétaire? [] M. [] Mme	
Travailleur autonome, TERRE , ferme?		[] OUI 1.1	
Immeuble(s) locatif(s)?		[] OUI 1.2	
Service de garde?		[] OUI 1.3	
Camionneur avec dépenses?		[] OUI 1.4	
Avez-vous 70 ans et + ? (1955)		[] OUI 1.5	
Votre conjoint(e) fait ses impôts ailleurs?		[] OUI 1.6	
Avez-vous déménagé pour le travail ?		[] OUI 1.7	
Êtes-vous nouvel arrivant?		[] OUI 1.8	
Votre conjoint(e) habite un autre pays au 31 déc.?		[] OUI 1.8	
100 000 \$CAN ou+ en biens étrangers? T1135		[] OUI 1.9	
Êtes-vous un proche aidant?		[] OUI 1.10	
Avez-vous quitté le Canada?		[] OUI 1.12	
Votre conjoint est-il décédé?		[] OUI 1.13	
Habitant d'une région éloignée?		[] OUI 1.14	
Soins médicaux non dispensés dans votre région?		[] OUI 1.11 → Min 40 km Annexe à compléter.	
Assistance / aide sociale		[] OUI → En avez-vous reçu en décembre? [] OUI	
Ouverture CELIAPP cette année [] NON [] OUI → Y avez-vous cotisé? Si OUI → Qui? [] M. [] Mme			
Investi dans la monnaie virtuelle? Ex.Cryptomonaie [] OUI		Si OUI → Qui? [] M. [] Mme	

→ Annexe à compléter :
-disponible sur www.lafontaine-impot.com/impôts-procédure
-ou venez la récupérer au cabinet

3. AVEZ-VOUS DES PERSONNE(S) À CHARGE? [] OUI → Complétez cette section [] NON → Passez à la section 4.

DURANT 12 MOIS, elle a habité **ou** non avec vous / étudie à temps plein / couverte sur vos ass collective?
[] NON → Complétez sa propre feuille de renseignements à votre enfant.
[] OUI → Complétez plus bas. Aucune feuille de renseignement pour eux.

Enfant			Crédit (enf) handicapé
1-Prénom :	Nom :	aaaa / mm / jj	[] Fed [] Prov
2-Prénom :	Nom :	aaaa / mm / jj	[] Fed [] Prov
3-Prénom :	Nom :	aaaa / mm / jj	[] Fed [] Prov

Si CELIBATAIRE et AVEC GARDE 50% ou +, quel enfant doit-on mettre pour le crédit enf. à charge ? UN SEUL PRÉNOM

- Pour vos frais médicaux couverts par assurance collective, joindre votre relevé annuel ass. collective. Souvent en ligne.
- Si vous nous remettez des factures médicales, nous présumerons qu'elles ne vous ont pas été remboursées et que vous voulez que nous demandions la pleine déduction.
- Tous vos documents doivent être remis en une seule fois pour éviter des erreurs ou des frais.
- Toutes les questions doivent être répondues. Si laissées vides, nous présumerons que la déduction ne s'applique pas.

4. VENTE MAISON/ CHALET/ TERRAIN?		[] NON → Passez à la section 5.	
Qu'avez-vous vendu?			
[] Résidence principale	[] 2 ^e maison	[] Chalet	[] Terrain
Adresse du bien vendu			[] Immeuble locatif
			Code postal
Qui est propriétaire du bien vendu ?		[] Mme part détenue %	[] M part détenue %
Date / prix d'Achat du bien vendu:		m m - a a a a /	\$SCAN
Date / prix de Vente du bien vendu:		m m - a a a a /	\$SCAN
Ci-bas à compléter seulement si vente AUTRE que la résidence principale:			
Dépenses reliées à l'achat		en \$SCAN	Ex : taxe bienvenue, notaire, permis
Dépenses reliées à la vente		en \$SCAN	Ex. : notaire, agent immobilier, etc...

5. AVEZ-VOUS PENSÉ À TOUT?	
Frais de garde	→ Relevé 24
Activités physiques / artistiques	→ pour enfant 6 à 16 ans inclusivement*
Études POST secondaire	→ T2202 + relevé 8
Intérêts payés sur prêt étudiant	→ Relevé de prêt annuel
Cotisation REER	→ Reçu 2026 60iers jours + 2025 Période restante . Rien d'autre accepté.
Ass emploi / chômage	→ T4E (*En ligne?)
Remboursement RAP	→ Joindre avis de cotisation fédéral.
Frais médicaux couverts par ass. collective	→ Joindre <u>relevé annuel ass. collective</u> . *Aucune facture à remettre*
Frais médicaux non couverts par assurance	→ Laisser vos factures pour le calcul des frais médicaux.
Abonnements aux nouvelles numériques	→ Reçu de l'organisation journalistique canadienne qualifiée (OJCQ)

ENSEMBLE OPTIMISONS DIFFÉREMMENT VOTRE SITUATION

Notre mission est de transformer la comptabilité et la fiscalité des entrepreneurs en un levier stratégique.
Accompagner autrement pour évoluer différemment.

- ☐ **PATRIMOINE LIQUIDE SUPÉRIEUR À 250 000\$** : Profitez d'un accompagnement personnalisé.
- ☐ **CONSULTATION STRATÉGIE** : Analyse de la performance des placements, recommandations et optimisation fiscale.
- ☐ **MAPAL** : Utiliser la valeur de ma résidence pour investir intelligemment.
- ☐ **SMITH** : Rendre déductible les intérêts de mon hypothèque.
- ☐ **SERVICES AUX ENTREPRISES** : Tenue de livres, comptabilité, rapports de taxes, impôts des sociétés (T2), incorporation d'entreprise et protection entre actionnaires.
- ☐ **SOLUTION HYPOTHÉCAIRE** : Nous vous accompagnons dans l'obtention de votre financement hypothécaire.
- ☐ **GESTION DES RISQUES** : Nous offrons une gamme complète de protection (assurance vie, invalidité, maladie grave) et effectuons l'analyse de votre situation visant la protection de vos actifs et la maximisation successorale.
- ☐ **ANALYSE RETRAITE** : recommandations et optimisation fiscale.

ASSURANCES DE DOMMAGES

SERVICE HUMAIN & PERSONNALISÉ



Vous voulez être bien protégé, économiser intelligemment et avoir un service vraiment humain et sur mesure?

Moi, c'est **Jessica Lafond**, femme d'affaires et conseillère en assurances de dommages depuis près de 10 ans.

Mon rôle est simple :

Vous conseiller, vous protéger et vous offrir la tranquillité d'esprit que vous méritez.

Jessica Lafond

Agente en assurance de dommages



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT – LOI 25

Formulaire simple • Sans obligation • 100 % confidentiel

Vos coordonnées

Nom et prénom : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Meilleur moment pour vous joindre : ☐ Matin ☐ Après-midi ☐ Soir

Vos besoins (facultatif)

☐ Assurance habitation ☐ Assurance automobile ☐ Révision de mes assurances actuelles.

En remplissant ce formulaire, j'autorise Jessica Lafond à recueillir et utiliser mes renseignements personnels uniquement afin de me contacter et de me conseiller en assurances de dommages.

Signature : _____ Date : _____