



## QUESTIONNAIRE IMPÔTS 2023

### Nouveaux clients

CODE PROMO : \_\_\_\_\_

#### IDENTIFICATION

À remplir obligatoirement

|                     | Conjoint 1 | Conjoint 2 |
|---------------------|------------|------------|
| Prénom :            |            |            |
| Nom :               |            |            |
| Date de naissance : |            |            |
| N° Cellulaire :     |            |            |
| N° Maison :         |            |            |
| Adresse courriel :  |            |            |
| Adresse postale :   |            |            |

#### État Civil :

Marié(e)   
  Conjoint(e) de fait   
  Célibataire   
  Séparé(e)   
  Veuf(ve)   
  Divorcé(e)

❖ Date du changement si différent du 31 décembre de l'année précédente : \_\_\_\_\_

#### CRÉDIT D'IMPÔT POUR PERSONNE VIVANT SEULE (validez votre admissibilité)

À remplir obligatoirement

Avez-vous vécu seul (sans autre personne sauf les enfants de moins de 18 ans) durant **toute** l'année ?  Oui     Non

#### CRÉDIT D'IMPÔT POUR SOLIDARITÉ (validez votre admissibilité)

À remplir obligatoirement

Vous êtes célibataire et vos revenus sont en dessous de **58 179\$** ou vous êtes en couple et vos revenus sont en dessous de **63 351\$**, indiquez si vous êtes :

Locataire – Joignez le relevé 31 remis par le propriétaire   
  Propriétaire – Numéro de matricule de la maison (disponible sur votre relevé de taxes):   
  Ni l'un ni l'autre

Qui demande le crédit d'impôts ? \_\_\_\_\_  
 Conjoint 1     Conjoint 2

## ASSURANCE MÉDICAMENTS

À remplir obligatoirement

### Qui rembourse vos frais médicaux à la pharmacie ?

- Conjoint 1**     Privée (avec employeur ou autre)     Assurance médicaments du Québec  
Si vous n'avez pas été avec l'assurance médicaments du Québec toute l'année, indiquez le nombre de mois couvert par votre assurance privée \_\_\_\_\_ mois
- Conjoint 2**     Privée (avec employeur ou autre)     Assurance médicaments du Québec  
Si vous n'avez pas été avec l'assurance médicaments du Québec toute l'année, indiquez le nombre de mois couvert par votre assurance privée \_\_\_\_\_ mois

## ENFANTS À CHARGE

Non concerné

| Nom et Prénom | Date de naissance | Frais de garde (école, garderie, camp de jour) | Relevé 19 (Versement anticipé des frais de garde) | Frais d'activités        | % de la garde partagée | Revenus gagnés (montant) |
|---------------|-------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
|               |                   | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> |                        |                          |
|               |                   | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> |                        |                          |
|               |                   | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> |                        |                          |
|               |                   | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> |                        |                          |

→ Cochez lorsque concerné ←

## BIENS ÉTRANGERS DE PLUS DE 100 000 \$ CAD

À remplir obligatoirement si concerné /  Non concerné

\*Si vous avez des biens étrangers admissibles de plus de 100 000\$ CAD par personne, vous avez l'obligation fiscale de produire un formulaire T1135 auprès de l'ARC, pour déclarer les biens étrangers. Si vous ne produisez pas ce formulaire, vous pourriez avoir à payer 2 500\$ de frais de pénalité par formulaire pour non-production.

- Conjoint 1**     Oui  Non    **Conjoint 2**     Oui  Non    \*Si vos biens ont une valeur de plus de 250 000\$ CAD, veuillez fournir le détail de vos biens

## REVENUS

À remplir obligatoirement

Assurez-vous de remettre les informations requises si vous cochez oui à une des situations suivantes.

- |                                                           |                                                           |                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Conjoint 1</b>                                         | <b>Conjoint 2</b>                                         |                                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Vous avez reçu de la <b>PCREPA</b> (Anciennement PCU)                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Vous avez des <b>revenus d'emploi</b>                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Vous avez reçu du <b>chômage</b> (dont RQAP), de l' <b>assurance-salaire</b> ou de la <b>CNESST</b>                                                          |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Vous avez reçu une <b>pension alimentaire</b> de votre ex-conjoint(e) <b>pour vous</b> (et non les enfants) - <i>Nous avons besoin du montant : _____ \$</i> |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Vous avez des revenus de <b>travailleurs autonomes</b> ( <b>Si oui remplir le formulaire</b> )                                                               |
|                                                           |                                                           | <b>Produisons-nous vos déclarations de taxes de ventes annuelles ?</b>                                                                                       |
|                                                           |                                                           | Conjoint 1 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Conjoint 2 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                    |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Vous avez des revenus <b>locatifs</b> ( <b>Si oui remplir le formulaire</b> )                                                                                |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Vous avez des revenus de <b>placements</b>                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Vous avez des revenus <b>de retraite</b>                                                                                                                     |
|                                                           |                                                           | Désirez-vous <b>fractionner</b> vos revenus de retraite?                                                                                                     |
|                                                           |                                                           | Conjoint 1 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non    Conjoint 2 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                 |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Vous avez <b>retiré des REER</b> ou vous avez reçu un paiement forfaitaire d'un employeur                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Vous avez <b>vendu votre maison</b> en 2023 ou un autre bien immobilier – ( <b>Si oui, remplir l'annexe A</b> )                                              |

## REVENUS ÉTRANGERS

À remplir obligatoirement

Assurez-vous de remettre les informations requises si vous cochez oui à une des situations suivantes.

### Conjoint 1

- Oui  Non  
 Oui  Non  
 Oui  Non

### Conjoint 2

- Oui  Non  
 Oui  Non  
 Oui  Non

Vous avez des revenus **locatifs étrangers**

Vous avez des revenus de **retraite à l'étranger**

Vous avez des revenus **étrangers autres**

## DÉDUCTIONS FISCALES

À remplir obligatoirement

Assurez-vous de remettre les informations requises si vous cochez oui à une des situations suivantes.

### Conjoint 1

- Oui  Non  
 Oui  Non  
 Oui  Non

### Conjoint 2

- Oui  Non  
 Oui  Non  
 Oui  Non

Vous avez cotisé à un **REER** entre le **1/03/2023 et le 31/12/2023**

Vous avez cotisé à un **REER 2023** dans les **60 premiers jours de 2024**

Vous avez des reçus **REER** datés **avant le 1/03/2023**, nous les utiliserons dans votre déclaration, prenez note qu'ils pourraient être refusés par l'ARC puisqu'ils ne sont pas demandés dans la bonne année fiscale.

Oui  Non

Oui  Non

Vous avez un **RAP / REEP à rembourser** (indiquez le montant à rembourser **cette année** : \_\_\_\_\_ \$)

Oui  Non

Oui  Non

Vous avez **payé une pension alimentaire** pour votre **ex-conjoint** (et non les enfants) – Nous avons besoin du montant : \_\_\_\_\_ \$

Oui  Non

Oui  Non

Vous **avez déménagé** afin de vous rapprocher de **plus de 40 km** de votre nouveau lieu de travail – **(Si oui, remplir l'annexe B)**

Oui  Non

Oui  Non

Vous avez cotisé à un **ordre professionnel** sans être remboursé par l'employeur - Joignez la facture

Oui  Non

Oui  Non

**COVID 19** : Nombre de jours en **télétravail** (minimum 4 semaines consécutives) : \_\_\_\_\_

Oui  Non

Oui  Non

Vous avez des **dépenses d'emploi** comme le bureau à domicile et les frais de déplacement – **(Si oui, remplir annexe C)** Vous devez nous remettre les formulaires T2200 et TP64.3 (ou T2200S et TP59.S dans le cadre du COVID 19), les formulaires TL2 et TP66 pour les camionneurs, ainsi que le montant des dépenses associé à ceux-ci

## CRÉDITS D'IMPÔTS

À remplir obligatoirement

Assurez-vous de remettre les informations requises si vous cochez oui à une des situations suivantes :

### Conjoint 1

- Oui  Non  
 Oui  Non

### Conjoint 2

- Oui  Non  
 Oui  Non

Vous avez **acheté votre 1<sup>ère</sup> maison** en 2023 - Vous êtes 2 ? Cochez celui qui demande le crédit. Conjoint 1  Oui Conjoint 2  Oui

Oui  Non

Oui  Non

Vous réclamez un **enfant à charge** (vous êtes célibataire et n'avez pas payé de pension alimentaire) – Indiquez quel(s) enfant(s) vous souhaitez mettre à votre charge : \_\_\_\_\_

Oui  Non

Oui  Non

Vous avez été aux **études post-secondaires** dans l'année

Oui  Non

Oui  Non

Vous souhaitez **transférer** vos frais d'études s'il y a lieu à vos parents ou à votre conjoint

Oui  Non

Oui  Non

Vous réclamez les **frais médicaux** payés dans l'année

- Méthode simplifiée : **Joindre le formulaire - Frais médicaux simplifié** -
- Méthode détaillée : Joindre le relevé annuel de l'assureur (si possible) sinon, nous remettre les factures

Oui  Non

Oui  Non

Vous avez participé au **Capital régional**

Oui  Non

Oui  Non

Vous êtes admissible au crédit pour mise aux normes d'**installations d'assainissement des eaux usées résidentielles**

Oui  Non

Oui  Non

Vous avez acheté un abonnement pour des **nouvelles numériques**

Oui  Non

Oui  Non

Vous avez effectué des **dons** dans l'année

- |                                                           |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Vous avez payé des <b>intérêts sur un prêt étudiant</b>                                                                                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Vous travaillez dans une <b>région éloignée ou êtes un pompier volontaire</b>                                                                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Vous êtes <b>aidant naturel</b> quel est le lien avec vous _____<br><b>Ou habite cette personne ?</b> _____                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Vous avez reçu des versements anticipés <b>Relevé 19</b> ( <i>crédit d'impôt pour maintien à domicile des aînés, du crédit d'impôt pour traitement de l'infertilité et des crédits d'impôt relatifs à la prime au travail.</i> ) |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Vous êtes <b>handicapé</b> reconnu au fédéral                                                                                                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Vous êtes <b>handicapé</b> reconnu au provincial                                                                                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Vous avez un <b>enfant handicapé</b> reconnu au fédéral-Prénom _____                                                                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Vous avez un <b>enfant handicapé</b> reconnu au provincial-Prénom _____                                                                                                                                                          |

### Vous avez plus de 70 ans

Non concerné

Assurez-vous de remettre les informations requises si vous cochez oui à une des situations suivantes :

- |                                                           |                                                           |                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Vous habitez dans un CHSLD                                                                           |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Vous avez suivi des activités sportives / artistiques                                                |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Vous avez payé des frais pour le maintien à domicile                                                 |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Vous demeurez en appartement – Montant de votre loyer <b>mensuel</b> : _____ \$                      |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Vous avez changé de résidence durant l'année (ex.: de votre maison à un centre pour personnes âgées) |

### DIVERS

À remplir obligatoirement

Assurez-vous de remettre les informations requises si vous cochez oui à une des situations suivantes.

- | Conjoint 1                                                | Conjoint 2                                                |                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Vous avez fait <b>faillite</b> : <input type="checkbox"/> en 2022 <input type="checkbox"/> en 2023 |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Vous avez versé des <b>acomptes au fédéral</b> – Joindre le document reçu en février 2024          |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Vous avez versé des <b>acomptes au provincial</b> – Joindre le document reçu en février 2024       |

**Vous avez remis vos déclarations à un de nos bureaux** - Souhaitez-vous effectuer les signatures

- En personne  
 Électroniquement

- Vous confirmez que les informations remplies représentent votre situation fiscale  
 Vous confirmez être autorisé à compléter le formulaire si vous le faites pour une autre personne  
 Vous confirmez avoir pris connaissance de notre liste de prix 2024

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

## NOTES

Vous avez des informations spécifiques à nous communiquer ? Utilisez cet espace.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Ne rien inscrire ici**

**Cadre réservé à mon CPAenligne.ca Inc**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---