

QUESTIONNAIRE CLIENT EXISTANT

514 360-9893 | comptabilite@genevievequintin.com | www.genevievequintin.com

DEMANDEUR <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme	CONJOINT <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme
Prénom :	Prénom :
Nom :	Nom :

NOUVELLE ADRESSE

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____ Date du déménagement : ____/____/____

Propriétaire (Fournir taxes municipales) Locataire (Fournir Relevé 31)

ÉTAT CIVIL AU 31 DÉCEMBRE

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

Si votre état civil a changé dans l'année: Ancien état civil : _____ Date du changement : ____/____/____

AUTRES QUESTIONS

Avez-vous habité seul(e) toute l'année? (Excluant les personnes à charge) Oui Non

Avez-vous quitté définitivement le pays durant l'année? Oui Non

Êtes-vous devenu résident du Canada durant l'année? Oui Non

Possédez-vous plus de 100 000\$ de biens à l'étranger? Oui Non

Acheteur d'une première habitation dans l'année? Oui Non

Avez-vous vendu une résidence principale dans l'année? Oui Non

Avez-vous reçu de la monnaie virtuelle? Oui Non

Êtes-vous né aux États-Unis, êtes citoyen américain ou avez une carte verte? Oui Non

ASSURANCE-MÉDICAMENT

S.V.P. indiquez les mois qui s'appliquent :

Gouvernementale (RAMQ) Du _____ au _____

Mon propre régime collectif Du _____ au _____

Régime collectif d'un tiers Du _____ au _____

Exception Du _____ au _____

ASSURANCE-MÉDICAMENT

S.V.P. indiquez les mois qui s'appliquent :

Gouvernementale (RAMQ) Du _____ au _____

Mon propre régime collectif Du _____ au _____

Régime collectif d'un tiers Du _____ au _____

Exception Du _____ au _____

PERSONNES À CHARGES (Enfants, parents, grands-parents vivants à la même adresse)		Garde
Prénom :	Nom :	<input type="checkbox"/> Complète
	DN : ____-____-____ NAS : ____-____-____	<input type="checkbox"/> Partagée
Prénom :	Nom :	<input type="checkbox"/> Complète
	DN : ____-____-____ NAS : ____-____-____	<input type="checkbox"/> Partagée
Prénom :	Nom :	<input type="checkbox"/> Complète
	DN : ____-____-____ NAS : ____-____-____	<input type="checkbox"/> Partagée

QUESTIONNAIRE CLIENT EXISTANT (SUITE)

SOUTIEN AUX AINES (70 ANS +)

Si vous êtes locataire

Loyer du mois de janvier : _____ \$

Loyer du mois de décembre : _____ \$

Nombre de colocataires : _____

Si vous êtes propriétaire

Total des frais d'entretien ou d'aide payée pour l'année d'imposition : _____ \$

Si vous êtes en copropriété

Fournir le formulaire TPZ-1029.MD.5 transmis par le syndicat.

Si vous êtes dans une résidence privée pour aîné

Fournir une copie du contrat indiquant le loyer et les services inclus.

Si vous avez reçu des versements anticipés

Fournir le relevé 19.

FRAIS MÉDIAUX

Total des frais payés pour la famille

(ne pas inclure la partie remboursée par vos assurances)

Médicaments : _____ \$

Soins dentaires : _____ \$

Soins de la vue : _____ \$

Soins complémentaires
(chiropraticien, ergothérapeute, psychologue, podiatre etc) : _____ \$

Naturopathe, ostéopathe : _____ \$

Autres : _____ \$

Soins médicaux (examen et consultation médical, prise de sang, etc) : _____ \$

La massothérapie n'est pas admissible.

Informations complémentaires: