



Fiche de renseignements personnels pour les gens qui souhaitent **renouveler** leur expérience chez ICL

Chef de famille

Indiquez l'année fiscale que vous souhaitez produire : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Sexe, si changement : Masculin féminin

Date de naissance : jj _____ /mm _____ /aa _____

Numéro de téléphone : _____

Adresse courriel : _____

Avez-vous fait faillite durant les deux dernières années ? Oui Non

Si OUI, précisez quand ? _____

Assurance médicaments :

- RAMQ Mois de couverture : _____
- Assurance collective du particulier Du conjoint Mois de couverture : _____
- Aide sociale Mois de couverture : _____
- Résidé en CHSLD Mois de couverture : _____
- Si vous avez 65 ans et plus et que vous avez une assurance privée complémentaire, cochez RAMQ. À moins que votre assureur soit payeur principal.

Êtes-vous déménagé au cours de l'année d'imposition visée ? oui non

- SI OUI, Date du déménagement : jj _____ /mm _____ /aa _____

Êtes-vous déménagez pour vous rapprocher de votre travail/école de plus de 40km ? oui non

Avez-vous vendu votre propriété avant de déménager ? oui non

Si OUI, joignez le formulaire Vente de résidence principale disponible sur demande svp!

État civil au 31 décembre :

Votre état civil a-t-il changé au cours de l'année ? oui

- SI OUI, Date du changement svp : jj _____ /mm _____ /aa _____

Est-ce qu'un autre adulte a déclaré la même adresse que vous au cours de l'année visée ? oui non

Avez-vous fait du télétravail (4 semaines consécutives à plus de 50% du temps) ? oui non

- SI OUI, indiquez les périodes durant l'année svp : _____
ET joindre le formulaire Dépenses de télétravail disponible sur demande svp

Êtes-vous inscrit au dépôt direct ? (information bancaire à jour) : oui non

Si non, il est possible de JOINDRE UN SPÉCIMEN DE CHÈQUE afin que l'on vous inscrive ou mette vos informations à jour svp

Avez-vous, vous ou votre conjoint (e) des revenus de travailleur indépendant ? oui non

Si OUI, joignez le formulaire Dépenses de travailleur autonome, disponible sur demande svp.

Avez-vous, vous ou votre conjoint(e) des revenus locatifs ? oui non

Si OUI, joignez le formulaire Dépenses de revenus locatifs, disponible sur demande svp.

Avez-vous, vous ou votre conjoint (e), vendu un bien immeuble, terrain, maison à revenus ? oui non

Si OUI, joignez le formulaire Calcul de gain de capital, disponible sur demande svp.

Conjoint (e)

Nom : _____

Prénom : _____

Sexe, si changement : Masculin féminin

Date de naissance : jj _____ /mm _____ /aa _____

Numéro de téléphone : _____

Adresse courriel : _____

Assurance médicaments :

- RAMQ Mois de couverture : _____
- Assurance collective du particulier Du conjoint Mois de couverture : _____
- Aide sociale Mois de couverture : _____
- Résidé en CHSLD Mois de couverture : _____
- Si vous avez 65 ans et plus et que vous avez une assurance privée complémentaire, cochez RAMQ. À moins que votre assureur soit payeur principal.

Avez-vous fait du télétravail (4 semaines consécutives à plus de 50% du temps) ? oui non

- SI OUI, indiquez les périodes durant l'année svp : _____
ET joindre le formulaire Dépenses de télétravail disponible sur demande svp

Êtes-vous inscrit au dépôt direct ? (information bancaire à jour) : oui non

Si non, il est possible de JOINDRE UN SPÉCIMEN DE CHÈQUE afin que l'on vous inscrive ou mette vos informations à jour svp

Si la déclaration du conjoint n'est pas traitée avec la vôtre, veuillez fournir le revenu net annuel déclaré de son côté pour l'année d'imposition visée svp

Fédéral, ligne 23600 : _____ \$ Provincial, ligne 275 : _____ \$

Merci d'ajouter les informations de vos enfants à la fin du document

Vous avez un RAP, un REEP ou un CELIAPP à rembourser ?

oui non

Veuillez fournir votre avis de cotisation fédérale obligatoirement svp

Crédit d'impôt de solidarité et TPS

Qui demande le crédit d'impôt de solidarité? Chef de famille Conjoint

Qui demande le crédit d'impôt de TPS? Chef de famille Conjoint

Vous êtes ?

Propriétaire unique– Joignez votre compte de taxes municipales ou scolaire svp

Copropriétaire – Indiquez le nom du ou des autres propriétaires svp et joignez votre compte de taxes municipales :

Locataire – Joignez votre Relevé 31 remis par le propriétaire au 31 décembre svp

Locataire d'une résidence privée pour aînés- Joignez une copie de votre bail svp

Résident d'une région éloignée

Crédit d'achat pour une première habitation

Date d'achat : jj _____ /mm _____ /aa _____

Prix d'achat : _____ \$

Adresse de la propriété : _____

Nom du ou des propriétaires : _____

Numéro d'assurance sociale du ou des propriétaires s'ils nous sont inconnus : _____

Crédit d'impôt pour personne handicapée

Y a-t-il un ou des membres de votre famille qui ont droit aux crédits d'impôts pour personne handicapée ? SI OUI, veuillez fournir ces informations :

Nom de la personne 1 reconnue handicapée : _____

Nature du handicap : _____

Est-ce la première année que vous en faites la demande ? oui non

Vous avez été reconnu handicapé à quel pallier de gouvernement ? fédéral provincial

Nom de la personne 2 reconnue handicapée : _____

Nature du handicap : _____

Est-ce la première année que vous en faites la demande ? oui non

Vous avez été reconnu handicapé à quel pallier de gouvernement ? fédéral et/ou provincial

Crédit pour aidant naturel

Veuillez fournir les informations suivantes au sujet de la personne aidée no.1

Nom : _____

Prénom : _____

Sexe : Masculin féminin

Numéro d'assurance sociale : _____

Date de naissance : jj _____ /mm _____ /aa _____

Adresse : _____

Habite cette adresse depuis le 1^{er} janvier

Autre date : jj _____ /mm _____ /aa _____

Cette personne est : Handicapée, nature du handicap : _____

Reconnue handicapée au gouvernement fédéral et/ou provincial

Agée de 70 ans ou plus

A un lien familial avec vous (indiquez la nature du lien) _____

n'a aucun lien familial avec vous : VEUILLEZ FOURNIR L'ATTESTATION D'ASSISTANCE SOUTENUE FOURNIE PAR LE MÉDECIN (TP-1029.AN.A)

Veillez fournir les informations suivantes au sujet de la personne aidée no.2

Nom : _____

Prénom : _____

Sexe : Masculin féminin

Numéro d'assurance sociale : _____

Date de naissance : jj _____ /mm _____ /aa _____

Adresse : _____

Habite cette adresse depuis le 1^{er} janvier

Autre date : jj _____ /mm _____ /aa _____

Cette personne est : Handicapée, nature du handicap : _____

Reconnue handicapée au gouvernement fédéral et/ou provincial

Agée de 70 ans ou plus

A un lien familial avec vous (indiquez la nature du lien) _____

n'a aucun lien familial avec vous : VEUILLEZ FOURNIR L'ATTESTATION D'ASSISTANCE SOUTENUE FOURNIE PAR LE MÉDECIN (TP-1029.AN.A)

Crédit maintien à domicile

(70 ans et plus)

Indiquez svp le montant de votre loyer pour l'année d'imposition visée :

Janvier à Juillet : _____ \$/mois Août à décembre : _____ \$/mois

Fournir une copie de votre bail si vous habitez une résidence pour aînée svp

Je, soussigné (e), certifie que les renseignements fournis dans ce formulaire ainsi que tous les documents joints sont exacts et complets. Je comprends qu'Impôt & Comptabilité Lanaudière Inc se basera sur l'information fournie dans le présent formulaire pour la préparation de mes déclarations de revenus.

Signature :

Date :

Aide-mémoire des documents à fournir

Pour tous	AVIS DE COTISATION FÉDÉRALE AVIS DE COTISATION PROVINCIALE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Particulier salarié / sans emploi / à contrat	<ul style="list-style-type: none"> • T4 et Relevé 1 pour CHAQUE EMPLOI / T4A et Relevé 1 ou 2 • Relevé 19 (remboursement anticipé reçu) • 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
REER / CELIAPP/ RAP	<ul style="list-style-type: none"> • Cotisation REER (mars à déc. + Janvier et février de l'année suivant l'année de production) • T4RSP / T4RIF / Relevé 2 • RC 210 • Avis de cotisation fédérale de l'année précédente • 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
CNESST / Aide-sociale	<ul style="list-style-type: none"> • T5007/Relevé 5 	<input type="checkbox"/>
Travailleur de la construction	<ul style="list-style-type: none"> • Relevé 22 	<input type="checkbox"/>
Assurance-emploi / congé parental	<ul style="list-style-type: none"> • T4E / Relevé 6 	<input type="checkbox"/>
Dépenses d'emplois/Télétravail	<ul style="list-style-type: none"> • T2200 et TP-64.3 signé par l'employeur 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

	<ul style="list-style-type: none"> • T2200S et T777S pour la version simplifiée 	
Revenus de placements	<ul style="list-style-type: none"> • T5008 / Relevé 16 • T5 / relevé 3 • T3/Relevé 16 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Revenus de pensions	<ul style="list-style-type: none"> • T4A (P) / Relevé 2 • T4A (OAS) • T4A / Relevé 1 ou 2 • Relevé 19 (versement anticipé reçu) • Reçus pour frais de maintien à domicile (si 70 ans et plus) 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Étudiants	<ul style="list-style-type: none"> • Relevés des intérêts payés sur prêt étudiant de l'année • T2202 / Relevé 8 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Enfants à charge	<ul style="list-style-type: none"> • Relevé 24 (frais de garde) • Reçu de frais de garde (au privé) • Relevé 19 (remboursements anticipés des frais de garde) 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Médicaments	<ul style="list-style-type: none"> • Relevé annuel des réclamations à l'assureur • Compilation de frais médicaux disponible gratuitement en pharmacie • Frais dentaires • Frais d'optométriste • ETC 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Propriétaire	Compte de taxes municipales ou scolaires	<input type="checkbox"/>
Locataire	Relevé 31	<input type="checkbox"/>

Identification des enfants nouveaux nés

Enfant (1)

- 1 Nom : _____
Prénom : _____
Sexe : Masculin féminin
Numéro d'assurance sociale : _____
Date de naissance : jj_____ /mm_____ /aa_____
- Enfant de Chef de famille
 Conjoint (e)
- En garde complète (temps plein)
 partagée (50/50)

Assurance médicaments :

- RAMQ Mois de couverture : _____
- Assurance collective du particulier Du conjoint Mois de couverture : _____
- Aide sociale Mois de couverture : _____

Enfant (2)

- 2 Nom : _____
Prénom : _____
Sexe : Masculin féminin
Numéro d'assurance sociale : _____
Date de naissance : jj_____ /mm_____ /aa_____
- Enfant de Chef de famille
 Conjoint (e)

En garde complète (temps plein)

partagée (50/50)

Assurance médicaments :

- RAMQ
- Assurance collective du particulier Du conjoint
- Aide sociale

Mois de couverture : _____

Mois de couverture : _____

Mois de couverture : _____

Nouveautés au sujet des enfants déjà au dossier

Enfant (1)

• 1 Nom : _____

Prénom : _____

Sexe : Masculin féminin

Numéro d'assurance sociale : _____

Date de naissance : jj _____ /mm _____ /aa _____

Enfant de Chef de famille

Conjoint (e)

En garde complète (temps plein)

partagée (50/50)

Assurance médicaments :

- RAMQ
- Assurance collective du particulier Du conjoint
- Aide sociale
- Résidé en CHSLD
- Si vous avez 65 ans et plus et que vous avez une assurance privée complémentaire, cochez RAMQ. À moins que votre assureur soit payeur principal.

Mois de couverture : _____

Avez-vous fait du télétravail ? oui non

SI OUI, indiquez combien de jours durant l'année svp : _____ jrs

Enfant (2)

• 2 Nom : _____

Prénom : _____

Sexe : Masculin féminin

Numéro d'assurance sociale : _____

Date de naissance : jj _____ /mm _____ /aa _____

Enfant de Chef de famille

Conjoint (e)

En garde complète (temps plein)

partagée (50/50)

Assurance médicaments :

- RAMQ Mois de couverture : _____
- Assurance collective du particulier Du conjoint Mois de couverture : _____
- Aide sociale Mois de couverture : _____
- Résidé en CHSLD Mois de couverture : _____
- Si vous avez 65 ans et plus et que vous avez une assurance privée complémentaire, cochez RAMQ. À moins que votre assureur soit payeur principal.

Avez-vous fait du télétravail ? oui non

SI OUI, indiquez combien de jours durant l'année svp : _____ jrs

Enfant (3)

- 3 Nom : _____

Prénom : _____

Sexe : Masculin féminin

Numéro d'assurance sociale : _____

Date de naissance : jj _____ /mm _____ /aa _____

Enfant de Chef de famille

Conjoint (e)

En garde complète (temps plein)

partagée (50/50)

Assurance médicaments :

- RAMQ Mois de couverture : _____
- Assurance collective du particulier Du conjoint Mois de couverture : _____
- Aide sociale Mois de couverture : _____
- Résidé en CHSLD Mois de couverture : _____
- Si vous avez 65 ans et plus et que vous avez une assurance privée complémentaire, cochez RAMQ. À moins que votre assureur soit payeur principal.

Avez-vous fait du télétravail ? oui non

SI OUI, indiquez combien de jours durant l'année svp : _____ jrs

Enfant (4)

- 4 Nom : _____
Prénom : _____
Sexe : Masculin féminin
Numéro d'assurance sociale : _____
Date de naissance : jj _____ /mm _____ /aa _____
Enfant de Chef de famille
 Conjoint (e)
En garde complète (temps plein)
 partagée (50/50)

Assurance médicaments :

- RAMQ Mois de couverture : _____
- Assurance collective du particulier Du conjoint Mois de couverture : _____
- Aide sociale Mois de couverture : _____
- Résidé en CHSLD Mois de couverture : _____
- Si vous avez 65 ans et plus et que vous avez une assurance privée complémentaire, cochez RAMQ. À moins que votre assureur soit payeur principal.

Avez-vous fait du télétravail ? oui non

SI OUI, indiquez combien de jours durant l'année svp : _____ jrs