

## Comptabilité Sur Mesure de l'Outaouais

206-161, boul. St-René O. Gatineau, QC, J8P 2V5, 819-485-0355

cthibodeau.csm@gmail.com

Rencontré par: \_\_\_\_\_

Date Reçue : \_\_\_\_\_

Nom du client : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ Année d'imposition : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Êtes-vous inscrit à mon dossier en ligne : \_\_\_\_\_  ARC

**NOUVEAU CLIENT – AVIS DE COTISATION FOURNI : OUI  NON**

### Statut civil :

Marié :  Célibataire :  Conjoint de fait :  Vivez-vous seul ? \_\_\_\_\_

Avez-vous une assurance pour vos médicaments ? \_\_\_\_\_

Assurances :  Coll. Privée  Coll. Conjoint/Parent  RAMQ – Aide sociale  RAMQ/ass. Privé (65ans+)

**NOMBRES D'ENFANTS À CHARGES : \_\_\_\_\_ Conjoint NON-TRAITÉ – renonciation signée**

**AIDANT NATUREL  LIEN DE PARENTÉ : \_\_\_\_\_**

**NOM DE LA PERSONNE A CHARGE : \_\_\_\_\_**

### GÉNÉRALES

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> REER   | <input type="checkbox"/> HÉBERGEMENT PARENT/aidant naturel | <input type="checkbox"/> FRAIS MÉDICAUX                  |
| <input type="checkbox"/> RAP <i>*AVIS COT. FÉD.</i>                         | <input type="checkbox"/> GAINS/PERTES EN CAPITAL           | <input type="checkbox"/> CRÉDIT SOLIDARITÉ <i>RL31</i>   |
| <input type="checkbox"/> REVENU EMPLOI                                      | <input type="checkbox"/> PLACEMENT                         | <input type="checkbox"/> CRÉDIT TRILIUM (Ont.)           |
| <input type="checkbox"/> VENTE MAISON PRINCIPALE ( <i>VOIR FORMULAIRE</i> ) |  | <input type="checkbox"/> ACHAT 1 <sup>IERE</sup> MAISON  |
| <input type="checkbox"/> FRAIS DE GARDE                                     | <input type="checkbox"/> INTÉRÊTS PRÊT ÉTUDIANT            | <input type="checkbox"/> FRAIS DE SCOLARITÉ              |
| <input type="checkbox"/> DONS DE CHARITÉ                                    | <input type="checkbox"/> FRAIS FINANCIERS                  | <input type="checkbox"/> FR. SCOLARITÉ NON REPORTÉ ?     |
| <input type="checkbox"/> MAINT. À DOMICILE DES AÎNÉS                        |  | <input type="checkbox"/> FRAIS ACTIVITÉS DES AÎNÉS (70+) |
| <input type="checkbox"/> TÉLÉTRAVAIL – NOMBRE DE JOUR : _____               |  |  |
| <input type="checkbox"/> TRANSFERT REMB. IMPÔT AU CONJOINT TÉLÉTRAVAIL      |  |  |
| <input type="checkbox"/> NOUS SOUHAITONS LE FRACTIONNEMENT DE REVENU        |  |  |
| <input type="checkbox"/> ACTIVITÉ SPORTIVE ENFANT                           |  |  |

#### ACOMPTER PROVISIONNEL

FÉDÉRAL : \_\_\_\_\_

PROVINCIAL : \_\_\_\_\_

### INFORMATION SUPPLÉMENTAIRES

-----  
-----  
-----  
-----

## Enfants à charges

**Nom de l'enfant :** \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

NAS : \_\_\_\_\_

Garde partagé? :  OUI  NON

Payez-vous une pension alimentaire? :  OUI  NON

Garderie :  OUI  NON

Étudiant :  CÉGEP  Université

**Nom de l'enfant :** \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

NAS : \_\_\_\_\_

Garde partagé? :  OUI  NON

Payez-vous une pension alimentaire? :  OUI  NON

Garderie :  OUI  NON

Étudiant :  CÉGEP  Université

**Nom de l'enfant :** \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

NAS : \_\_\_\_\_

Garde partagé? :  OUI  NON

Payez-vous une pension alimentaire? :  OUI  NON

Garderie :  OUI  NON

Étudiant :  CÉGEP  Université

**Nom de l'enfant :** \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

NAS : \_\_\_\_\_

Garde partagé? :  OUI  NON

Payez-vous une pension alimentaire? :  OUI  NON

Garderie :  OUI  NON

Étudiant :  CÉGEP  Université