

## Nouveaux Clients Pour Impôts 2025

'osséder vous un immeuble Locatif ?  Êtes-vous Travailleur Autonome ?

avez-vous fait faillite ? Oui  Non  Si oui êtes-vous libérée et depuis quelle date : \_\_\_\_\_

nom : \_\_\_\_\_

Nom Conjoint(e) : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_\_

IAS : \_\_\_\_\_

NAS \_\_\_\_\_

Adresse Complète : \_\_\_\_\_

App : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

luméro de téléphone : \_\_\_\_\_

Cellulaire \_\_\_\_\_

nfants

→ Incrire au dos si plus de deux Enfants

nom et Prénom : \_\_\_\_\_ Date Naissance : \_\_\_\_\_  Fille  Garçon

nom et Prénom : \_\_\_\_\_ Date Naissance : \_\_\_\_\_  Fille  Garçon

habitation:

st-ce qu'il y a un autre adulte à la même adresse dans l'année 2025 ? Oui  Non

i oui avec qui? \_\_\_\_\_

'0 ans et + Prix du loyer de Janvier à Juin \_\_\_\_\_ \$ et Juillet à Décembre \_\_\_\_\_ \$

vez- Vous Vendu une maison, terrain ou chalet ? Oui  Non  → *Si oui on a besoin contrat D'achat et Vente*

rédit de Solidarité :

vez- vous votre RI 31 ou compte de taxes municipales ? Oui  Non  Si NON Pourquoi ? \_\_\_\_\_

Assurance Médicale

- Assurance Maladie du Québec ( RAMQ) Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_
- Assurance Privée (qui couvre les médicaments) Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_
- Aide Social du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

situation Familiale :

Séparation  Divorce(e)  veuf-veuve  Conjoint(e) de fait  Célibataire  Marié(e)

Nouveau bébé (Nom : \_\_\_\_\_ Date de Naissance \_\_\_\_\_)

u 31 Décembre 2023 la Situation était-elle la même ? Oui  Non

→ Si non quelle était la situation : \_\_\_\_\_ Date du changement \_\_\_\_\_

RAP

st-ce que vous avez un RAP à rembourser ?  Oui  Non (x: \_\_\_\_\_)

utorisation

é déclare que les renseignements ci-dessus sont exacts. J'autorise SCD DUVAL INC. A produire et transmettre mes déclarations d'impôts.

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

Partie réservée à SCD Duval Inc.

Extérieur  Sur Place  Vérifié par : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_