



## QUESTIONNAIRE IMPÔTS 2024

### Nouveaux arrivants

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

#### IDENTIFICATION

À remplir obligatoirement

Si vous êtes seul, veuillez compléter uniquement la partie conjoint 1. Si vous êtes en couple, veuillez indiquer en conjoint 1 la personne que nous pourrions contacter le plus facilement.

	Conjoint 1	Conjoint 2
Prénom inscrit sur votre NAS:		
Nom inscrit sur votre NAS:		
Date de naissance :		
N° Cellulaire :		
N° Maison :		
Adresse courriel :		
Adresse postale :		

#### SECTION NOUVEAUX ARRIVANTS

À remplir obligatoirement

	Conjoint 1	Conjoint 2
<b>Date d'arrivée au Canada</b>		
<b>Numéro d'assurance sociale (NAS)</b>		
<b>Statut d'immigration</b> (Résident permanent, temporaire...)		
<b>Montant des revenus étrangers <u>avant</u> la date d'arrivée au Canada</b> (en dollars canadiens)		
<b>Montant des revenus étrangers <u>après</u> la date d'arrivée au Canada</b> (en dollars canadiens)		
<b>Type de revenus étrangers après la date d'arrivée au Canada</b> (salaire, locatifs, retraite...)		

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 **61 500\$** **ou** vous êtes en couple et vos revenus sont en dessous de **67 067\$**, (NB ajoutez 2517\$ aux revenus /enfant à charge) 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 (qui rembourse vos frais médicaux à la pharmacie)**

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

Cochez lorsque 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"/>		

**REVENUS**

À remplir

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 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 <b>l'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> ( <a href="#">Si oui remplir le formulaire</a> ) <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> ( <a href="#">Si oui remplir le formulaire</a> )
<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>vendu votre maison</b> en 2024 ou un autre bien immobilier – ( <a href="#">Si oui, remplir l'annexe A</a> )

**REVENUS ÉTRANGERS**

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 des revenus <b>locatifs étrangers</b>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vous avez des revenus de <b>retraite à l'étranger</b>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vous avez des revenus <b>étrangers autres</b>

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 cotisé à un <b>REER</b> entre le <b>1/03/2024</b> et le <b>31/12/2024</b>
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Vous avez cotisé à un <b>REER 2024</b> dans les <b>60 premiers jours</b> de <b>2025</b>
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Vous avez <b>payé une pension alimentaire</b> pour votre <b>ex-conjoint</b> (et non les enfants) – <i>Fournissez le justificatif</i>
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Vous <b>avez déménagé</b> afin de vous rapprocher de <b>plus de 40 km</b> de votre nouveau lieu de travail <b>APRÈS VOTRE DATE D'ARRIVÉE</b> – <b>(Si oui, remplir l'annexe B)</b>
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Vous avez cotisé à un <b>ordre professionnel</b> Avez-vous été remboursé par l'employeur ? _____
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Vous avez des <b>dépenses d'emploi</b> comme le bureau à domicile et les frais de déplacement – <b>(Si oui, remplir annexe C)</b> <i>Vous devez nous remettre les formulaires T2200 et TP64.3, les formulaires TL2 et TP66 pour les camionneurs, ainsi que le montant des dépenses associé à ceux-ci</i>

Conjoint 1

Conjoint 2

 Oui  Non Oui  Non

Avez-vous détenu des cryptoactifs durant l'année? Si la réponse est oui, répondez aux deux questions suivantes :

 Oui  Non Oui  Non

Déteniez-vous des cryptoactifs à la fin de l'année?

 Oui  Non Oui  Non

Avez-vous réalisé un gain (ou une perte) en capital, gagné du revenu d'entreprise, gagné du revenu de location ou du revenu d'intérêts provenant de cryptoactifs?

Si vous avez répondu oui aux questions précédentes, veuillez nous donner le détail de votre situation en plus de nous fournir les relevés associés.

**Avez-vous des informations spécifiques à nous communiquer ?**  
Utilisez cet espace.

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 <b>acheté votre 1<sup>ère</sup> maison</b> dans l'année - <i>Vous êtes 2 ? Cochez celui qui demande le crédit.</i> Conjoint 1 <input type="checkbox"/> Oui Conjoint 2 <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vous réclamez <b>un enfant à charge</b> (vous êtes célibataire et <b>n'avez pas payé de pension alimentaire</b> ) – Indiquez quel(s) enfant(s) vous souhaitez mettre à votre charge : _____
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vous avez été aux <b>études post-secondaires</b> dans l'année
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vous souhaitez <b>transférer</b> vos frais d'études s'il y a lieu à vos parents ou à votre conjoint
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vous réclamez les <b>frais médicaux</b> payés dans l'année <ul style="list-style-type: none"> <li>● Méthode simplifiée : <a href="#">Joindre le formulaire - Frais médicaux simplifié</a> -</li> <li>● Méthode détaillée : Joindre le relevé annuel de l'assureur (si possible) sinon, nous remettre les factures</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vous avez participé au <b>Capital régional</b>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vous êtes admissible au crédit pour mise aux normes d' <b>installations d'assainissement des eaux usées résidentielles</b>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vous avez acheté un abonnement pour des <b>nouvelles numériques</b>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vous avez effectué des <b>dons</b> 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</b> ou êtes un <b>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 _____ <b>Où 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 aménagé une habitation multigénérationnelle pour une personne de 65 ans et plus ou un adulte admissible au CIPH

- 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 2025](#)

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

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

Avez-vous des informations spécifiques à nous  
communiquer ? Utilisez cet espace.

Ne rien inscrire ici  
Cadre réservé à MGPLP Inc