



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
Date d'arrivée au Canada		
Numéro d'assurance sociale (NAS)		
Statut d'immigration (Résident permanent, temporaire...)		
Montant des revenus étrangers <u>avant</u> la date d'arrivée au Canada (en dollars canadiens)		
Montant des revenus étrangers <u>après</u> la date d'arrivée au Canada (en dollars canadiens)		
Type de revenus étrangers après la date d'arrivée au Canada (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 revenus d'emploi
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vous avez reçu du chômage (dont RQAP), de l'assurance-salaire ou de la CNESST
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vous avez reçu une pension alimentaire de votre ex-conjoint(e) pour vous (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 travailleurs autonomes (Si oui remplir le formulaire) Produisons-nous vos déclarations de taxes de ventes annuelles ? 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 locatifs (Si oui remplir le formulaire)
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vous avez des revenus de placements
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vous avez des revenus de retraite Désirez-vous fractionner 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 vendu votre maison en 2024 ou un autre bien immobilier – (Si oui, remplir l'annexe 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 locatifs étrangers
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vous avez des revenus de retraite à l'étranger
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vous avez des revenus étrangers autres

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 REER entre le 1/03/2024 et le 31/12/2024 |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Vous avez cotisé à un REER 2024 dans les 60 premiers jours de 2025 |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Vous avez payé une pension alimentaire pour votre ex-conjoint (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 avez déménagé afin de vous rapprocher de plus de 40 km de votre nouveau lieu de travail APRÈS VOTRE DATE D'ARRIVÉE – (Si oui, remplir l'annexe B) |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Vous avez cotisé à un ordre professionnel
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 dépenses d'emploi comme le bureau à domicile et les frais de déplacement – (Si oui, remplir annexe C) <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 acheté votre 1^{ère} maison 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 un enfant à charge (vous êtes célibataire et n'avez pas payé de pension alimentaire) – 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 études post-secondaires dans l'année
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vous souhaitez transférer 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 frais médicaux payés dans l'année <ul style="list-style-type: none"> ● Méthode simplifiée : Joindre le formulaire - Frais médicaux simplifié - ● Méthode détaillée : Joindre le relevé annuel de l'assureur (si possible) sinon, nous remettre les factures
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vous avez participé au Capital régional
<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' installations d'assainissement des eaux usées résidentielles
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vous avez acheté un abonnement pour des nouvelles numériques
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vous avez effectué des dons dans l'année
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vous avez payé des intérêts sur un prêt étudiant
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vous travaillez dans une région éloignée ou êtes un pompier volontaire
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vous êtes aidant naturel , quel est le lien avec vous _____ Où habite cette personne ? _____
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vous avez reçu des versements anticipés Relevé 19 (<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 handicapé reconnu au fédéral
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vous êtes handicapé reconnu au provincial
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vous avez un enfant handicapé 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