



QUESTIONNAIRE IMPÔTS 2023

Décès

CODE PROMO : _____

IDENTIFICATION

À remplir obligatoirement

	Conjoint 1	Conjoint 2
Prénom :		
Nom :		
Date de naissance :		
N° Cellulaire :		
N° Maison :		
Adresse courriel :		
Adresse postale :		
Date de décès :		

Devons-nous produire les documents pour demander les **certificats de décharge** : Oui Non

i *Un certificat de décharge vous permet, en tant que représentant légal, de distribuer des actifs sans risquer d'être personnellement responsable des montants non payés que la personne décédée, la succession, la fiducie ou la société pourrait devoir.*

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

La personne a-t-elle vécue seule (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"/>		

BIENS ÉTRANGERS DE PLUS DE 100 000 \$ CAD

À remplir obligatoirement si concerné / Non concerné

*Si vous avez des **biens étrangers admissibles de plus de 100 000\$ CAD par personne**, vous avez l'obligation fiscale de produire un formulaire **T1135** auprès de l'ARC, pour déclarer les biens étrangers. Si vous ne produisez pas ce formulaire, vous pourriez avoir à payer 2 500\$ de frais de pénalité par formulaire pour non-production.

Conjoint 1 **Conjoint 2**
 Oui Non Oui Non *Vous devez fournir le détail pour des biens d'une valeur de plus de 250 000\$ CAD

❖ Détenez-vous une **société étrangère** ? (si oui nous devons remplir un formulaire **T1134**) Conjoint 1 Conjoint 2

REVENUS

À remplir obligatoirement si concerné

Assurez-vous de remettre les informations requises si vous cochez oui à une des situations suivantes.

- Conjoint 1** **Conjoint 2**
- Oui Non Oui Non Vous avez des **revenus d'emploi**
- Oui Non Oui Non Vous avez reçu du **chômage** (dont RQAP), de l'**assurance-salaire** ou de la **CNESST**
- Oui Non Oui Non Vous avez reçu une **pension alimentaire** de votre ex-conjoint(e) **pour vous** (et non les enfants) - **Joignez les justificatifs**
- Oui Non Oui Non Vous avez des revenus de **travailleurs autonomes** ([Si oui, remplir le formulaire](#))
Produisons-nous vos déclarations de taxes de ventes annuelles ?
 Conjoint 1 : Oui Non Conjoint 2 : Oui Non
- Oui Non Oui Non Vous avez des revenus **locatifs** ([Si oui, remplir le formulaire](#))
- Oui Non Oui Non Vous avez des revenus de **placements**
- Oui Non Oui Non Vous avez des revenus **de retraite**
 Désirez-vous **fractionner** vos revenus de retraite?
 Conjoint 1 : Oui Non Conjoint 2 : Oui Non
- Oui Non Oui Non Vous avez **retiré des REER** ou vous avez reçu un paiement forfaitaire d'un employeur

Oui Non Oui Non Vous avez **vendu votre maison** en 2022 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

DÉDUCTIONS FISCALES

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 cotisé à un REER entre le 1/03/2023 et le 31/12/2023
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Vous avez cotisé à un REER 2023 dans les 60 premiers jours de 2024
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Vous avez un RAP / REEP à rembourser
<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) – (Fournissez le justificatif)
<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 – (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 l'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>

CRÉDITS D'IMPÔTS

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 acheté votre 1^{ère} maison au courant de 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

- Oui Non Oui Non Vous avez payé des **intérêts sur un prêt étudiant**
- Oui Non Oui Non Vous travaillez dans une **région éloignée ou êtes un pompier volontaire**
- Oui Non Oui Non Vous êtes **aidant naturel** quel est le lien avec vous _____
Où habite cette personne ? _____
- Oui Non Oui Non Vous avez reçu des versements anticipés **Relevé 19** (*crédit d'impôt pour maintien à domicile des aînés, pour traitement de l'infertilité et relatifs à la prime au travail.*)
- Oui Non Oui Non Vous êtes **handicapé** reconnu au fédéral
- Oui Non Oui Non Vous êtes **handicapé** reconnu au provincial
- Oui Non Oui Non Vous avez un **enfant handicapé** reconnu au fédéral - Prénom : _____
- Oui Non Oui Non Vous avez un **enfant handicapé** reconnu au provincial - Prénom : _____
- Oui Non Oui Non Vous avez aménagé une habitation multigénérationnelle pour une personne de 65 ans et plus ou un adulte admissible au CIPH

Vous avez plus de 70 ans

Non concerné

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 habitez dans un CHSLD |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Vous avez payé des frais pour le maintien à domicile |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Vous demeurez en appartement - Montant de votre loyer mensuel : _____ \$ |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Vous avez changé de résidence durant l'année (ex : de votre maison à un centre pour personnes âgées) |

DIVERS

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 fait faillite : <input type="checkbox"/> en 2022 <input type="checkbox"/> en 2023 |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Vous avez versé des acomptes au fédéral – Joindre le document reçu en février 2024 |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Vous avez versé des acomptes au provincial – Joindre le document reçu en février 2024 |

Vous avez remis vos déclarations à un de nos bureaux - Souhaitez-vous effectuer les signatures

En personne (au bureau de Lévis et Stoneham seulement)

Électroniquement

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 2024](#)

Vous confirmez nous avoir remis vos dernières déclarations d'impôts ainsi que vos avis de cotisation de l'an dernier

Date : _____

Signature : _____

PIÈCES À FOURNIR POUR LA PRODUCTION DE LA DÉCLARATION

- Copie du **testament**
- Copie du **certificat de décès**
- Les 2 **recherches testamentaires** (*Chambre des notaires et Barreau du Québec*)

Liste des biens au décès

Type de biens	Description	Montant (\$CAD)
Bien immeubles ou terrains situés au Canada ou ailleurs		
Biens précieux et autres biens personnels (véhicule, équipements, bijoux, pièces de monnaie, tableaux, timbres, etc.)		
Actions et unités de fonds commun de placement		
Certificats de dépôt, bons du Trésor, parts, obligations et certificats de placement garanti		
Rentes et pensions		
Comptes d'épargne libre d'impôt (CELI)		
Argent liquide ou déposé dans une institution financière		
Régimes enregistrés d'épargne-retraite (REER)		
Fonds enregistrés de revenu de retraite (FERR)		
Régimes de pension agréés collectifs (RPAC)		
Régimes volontaires d'épargne-retraite (RVER)		
Dettes		

	Liquidateur 1	Liquidateur 2
Prénom :		
Nom :		
3 derniers NAS (<i>Revenu Québec l'exige</i>)		
N° Cellulaire :		
N° Maison :		
Adresse courriel :		
Adresse postale :		

*Si plus de 2 liquidateurs, SVP, indiquez les informations des autres liquidateurs dans l'espace réservé à la page 6 (Notes)

