



## QUESTIONNAIRE IMPÔTS 2023

### 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 avant</b> la date d'arrivée au Canada (en dollars canadiens)		
<b>Montant des revenus étrangers après</b> la date d'arrivée au Canada (en dollars canadiens)		
<b>Type de revenus étrangers</b> 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 obligatoirement

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

**Conjoint 1**  Oui  Non **Conjoint 2**  Oui  Non

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) - *Nous avons besoin du montant : \_\_\_\_\_ \$*

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 **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

Oui  Non

Oui  Non

Vous avez des revenus **locatifs étrangers**

Oui  Non

Oui  Non

Vous avez des revenus de **retraite à l'étranger**

Oui  Non

Oui  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

Oui  Non

Oui  Non

Vous avez cotisé à un **REER** entre le **1/03/2023 et le 31/12/2023**

Oui  Non

Oui  Non

Vous avez cotisé à un **REER 2023** dans les **60 premiers jours de 2024**

Oui  Non

Oui  Non

Vous avez **payé une pension alimentaire** pour votre **ex-conjoint** (et non les enfants)  
– Fournissez le justificatif

Oui  Non

Oui  Non

Vous **avez déménagé** afin de vous rapprocher de **plus de 40 km** de votre nouveau lieu de travail **APRÈS VOTRE DATE D'ARRIVÉE**– [\(Si oui, remplir l'annexe B \)](#)

Oui  Non

Oui  Non

Vous avez cotisé à un **ordre professionnel**

Avez-vous été remboursé par l'employeur ? \_\_\_\_\_

Oui  Non

Oui  Non

Vous avez des **dépenses d'emploi** comme le bureau à domicile et les frais de déplacement – [\(Si oui, remplir annexe C\)](#) 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

## 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

Oui  Non

Oui  Non

Vous avez **acheté votre 1<sup>ère</sup> maison** dans l'année - Vous êtes 2 ? Cochez celui qui demande le crédit. Conjoint 1  Oui Conjoint 2  Oui

Oui  Non

Oui  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 : \_\_\_\_\_

Oui  Non

Oui  Non

Vous avez été aux **études post-secondaires** dans l'année

Oui  Non

Oui  Non

Vous souhaitez **transférer** vos frais d'études s'il y a lieu à vos parents ou à votre conjoint

Oui  Non

Oui  Non

Vous réclamez les **frais médicaux** payés dans l'année

- Méthode simplifiée : [Joindre le formulaire - Frais médicaux simplifié](#) -
- Méthode détaillée : Joindre le relevé annuel de l'assureur (si possible) sinon, nous remettre les factures

Oui  Non

Oui  Non

Vous avez participé au **Capital régional**

Oui  Non

Oui  Non

Vous êtes admissible au crédit pour mise aux normes d'**installations d'assainissement des eaux usées résidentielles**

Oui  Non

Oui  Non

Vous avez acheté un abonnement pour des **nouvelles numériques**

Oui  Non

Oui  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, du crédit d'impôt pour traitement de l'infertilité et des crédits d'impôt 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 aménagé une habitation multigénérationnelle pour une personne de 65 ans et plus ou un adulte admissible au CIPH

**DIVERS**

À remplir obligatoirement

- 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](#)

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

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

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

Ne rien inscrire ici  
Cadre réservé à mon CPAenligne.ca Inc