

Liste des documents requis

- Relevés de comptes mensuels de votre institution financière en date de fin d'exercice, incluant les relevés d'emprunts de la Financière agricole du Québec (FADQ) et de Financement agricole Canada (FAC) et les relevés annuels des diverses compagnies de financement tel que CNH CAPITAL, AGECO, etc. ;
- Liste de vos comptes à recevoir (paye de lait, TPS/TVQ, autres clients) ;
- Feuille d'inventaire ci-jointe complétée ;
- Relevés de placements dans les coopératives (Avantis, Agropur, etc.) incluant les relevés de ristournes ;
- Factures / contrats d'achats d'immobilisations et d'autres actifs (machinerie, quota, etc.) ;
- Liste de vos comptes à payer et des chèques en circulation ;
- Tous les documents que vous avez reçus de la Fédération des producteurs acéricoles du Québec, si vous êtes producteur de sirop d'érable. Afin de pouvoir confirmer certains montants, veuillez nous indiquer votre code d'utilisateur et votre mot de passe fournis par la Fédération des producteurs acéricoles du Québec ;
- Tous les documents concernant les assurances stabilisation et les assurances récoltes ;
- Documents confirmant les avances obtenues dans le cadre du programme de paiements anticipés (PPA) ;
- Feuilles fiscaux tel que les relevés 21, T4A, etc. ;
- Formulaire TP 1086 ci-joint, complété s'il y a lieu ;
- Rapport de l'ingénieur résumant les dépenses de mise en valeur pour les producteurs forestiers ;
- Comptes de taxes municipales et scolaires ;
- Prime d'assurance pour la résidence (si elle est incluse dans le contrat d'assurance de la ferme) ;
- Avis de cotisation fédéral et provincial avec relevé des acomptes provisionnels ;
- Liste des frais payés d'avance ;
- Formulaire concernant les assurances (voir page suivante du présent document).

ASSURANCE-VIE, SALAIRE ET MALADIE GRAVE

(Complétez une feuille par personne assurée)

Nom de l'entreprise : _____

Date de fin d'exercice : _____

ASSURANCE-VIE

Nom de la compagnie d'assurance : _____

Numéro de contrat : _____

Preneur : _____

Payeur : _____

Personne assurée : _____

Montant mensuel prélevé : _____

Bénéficiaire : _____

Valeur de rachat : Oui _____ \$ Non

ASSURANCE-SALAIRE

Nom de la compagnie d'assurance : _____

Numéro de contrat : _____

Preneur : _____

Payeur : _____

Personne assurée : _____

Montant mensuel prélevé : _____

Bénéficiaire : _____

ASSURANCE-MALADIE GRAVE

Nom de la compagnie d'assurance : _____

Numéro de contrat : _____

Preneur : _____

Payeur : _____

Personne assurée : _____

Montant mensuel prélevé : _____

Bénéficiaire : _____