

## QUESTIONNAIRE FISCAL 2024

**Remplir, signer et nous retourner ce formulaire (4 pages)**

**Veillez nous faire parvenir ce formulaire UNIQUEMENT lorsque vous aurez reçu TOUS VOS FEUILLETS FISCAUX.**

Un seul exemplaire de ce formulaire est requis par famille.

| CONTRIBUABLE  |   | CONJOINT   |  |
|---|---|--|--|
| Prénom, Nom   | <input type="text"/>  | Prénom, Nom  | <input type="text"/>   |
| Courriel  | <input type="text"/>  | Courriel   | <input type="text"/>   |
| Téléphone et/ou cellulaire  | <input type="text"/>  | Téléphone et/ou cellulaire   | <input type="text"/>   |
| Adresse (si changement)   | <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/>                                      | Adresse (si changement)  | <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/> |
| Personne handicapée?  | <input type="checkbox"/>  |  | <input type="checkbox"/>   |
| (Nous fournir les certificats médicaux et la lettre d'attestation du fédéral)           |   |  |  |
| Si décès, indiquer la date du décès :   | <input type="text"/>  |  | <input type="text"/>   |
| (Joindre : testament, attestation de décès, recherches testamentaire, bilan des actifs) |   |  |  |
| État civil au 31 décembre 2024 :  | Célibataire <input type="checkbox"/><br>Séparé <input type="checkbox"/><br>Marié <input type="checkbox"/> | Conjoint de fait <input type="checkbox"/><br>Divorcé <input type="checkbox"/><br>Veuf <input type="checkbox"/> |  |
| Date du changement d'état civil en 2024 (si applicable)                                 | <input type="text"/>  |  |  |

### SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Cocher seulement les cases qui s'appliquent à vous

|  | Vous                           | Conjoint                 |
|--|--------------------------------|--------------------------|
| Avez-vous vécu seul ou seulement avec des enfants à charge pendant toute l'année 2024 ?        | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous été couvert par l'assurance médicaments du Québec (RAMQ) au cours de l'année 2024?   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> |
| Si vous ou votre conjoint avez cocher, quels sont les mois où vous étiez couvert par la RAMQ : |                                |                          |
|  | Vous: <input type="text"/>     |                          |
|  | Conjoint: <input type="text"/> |                          |

## SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (suite)

|  | Vous                     | Conjoint                 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Avez-vous versé des acomptes provisionnels applicables à vos impôts de 2024 ?<br>(Si vous avez répondu oui, nous fournir les preuves de paiement)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Agissez-vous comme aidant naturel auprès d'une personne âgée et/ou handicapée ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autorisez-vous le fractionnement du revenu de pension entre conjoints s'il y a lieu ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous acquis ou vendu une résidence principale au cours de l'année ?<br>(Si vous avez répondu oui, veuillez nous joindre les contrats d'achat et de vente)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| À un moment donné durant l'année, déteniez-vous des biens étrangers ayant un coût supérieur à 100 000 \$ Canadien ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Est-ce que vous êtes inscrit au dépôt direct. Si vous répondez non, veuillez joindre un spécimen de chèque à vos documents fiscaux afin que nous puissions compléter votre inscription à même votre déclaration d'impôt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous contribué à vos REER, CELIAPP ou à un fond de travailleurs (FTQ ou CSN) ?<br>(Si vous avez répondu oui, veuillez nous joindre vos feuillets incluant les cotisations pour les 60 premiers jours de 2025)       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous utilisé le régime d'accession à la propriété (RAP) en 2024 ?<br>(Si vous avez répondu oui, veuillez nous joindre vos feuillets)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## SECTION 2 : ENFANTS

Cocher seulement les cases qui s'appliquent. Pour les enfants supplémentaires, vous pouvez joindre une autre copie du présent formulaire. Si vous n'avez pas d'enfants à charge ou aucun changement en 2024, veuillez passer à la section suivante.

| ENFANT #1   |                      | ENFANT #2   |                      |
|---|----------------------|---|----------------------|
| Prénom, Nom   | <input type="text"/> | Prénom, Nom   | <input type="text"/> |
| Courriel  | <input type="text"/> | Courriel  | <input type="text"/> |
| Date de naissance<br>(Si naissance durant l'année)  | <input type="text"/> | Date de naissance<br>(Si naissance durant l'année)          | <input type="text"/> |
| Numéro d'assurance sociale<br>(Si naissance durant l'année)   | <input type="text"/> | Numéro d'assurance sociale<br>(Si naissance durant l'année) | <input type="text"/> |
| Personne handicapée?<br>(Nous fournir les certificats médicaux et la lettre d'attestation du fédéral) |                      | <input type="checkbox"/>                                    |                      |

## SECTION 2 : ENFANTS (suite)

|   | Enfant #1                | Enfant #2                |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Est-ce que vos enfants ont gagné des revenus en 2024 ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Préparons-nous les déclarations fiscales de vos enfants ?<br>(Si oui, veuillez joindre les feuillets fiscaux reçus) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Frais de garde d'enfants et attestation de remboursement anticipé?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Frais de scolarité  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Intérêts payés sur un prêt étudiant   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Montant pour activités des enfants (physiques ou artistiques)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Crédit pour nouveau diplômé travaillant dans une région ressource éloignée  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Frais d'adoption  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## SECTION 3 : DÉDUCTIONS ET CRÉDITS

|   | Vous                     | Conjoint                 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>Cochez les déductions applicables à votre situation et joindre les pièces justificatives</b>   |                          |                          |
| <b>Section générale :</b>   |                          |                          |
| Frais médicaux et frais de déplacement pour des soins médicaux hors région (40 km et plus)<br>(Nous fournir le sommaire de vos frais de médicaments provenant de votre pharmacie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cotisations professionnelles (syndicat ou ordre professionnel)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dons et contributions à des partis politiques   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Frais de déménagement   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Frais financiers et frais d'intérêts sur placements   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dépenses d'emploi admissibles (bureau à domicile, automobile, etc)<br>(Nous fournir obligatoirement les formulaires dûment complétés par l'employeur)                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Contributions au Capital Régional Desjardins  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Montant pour pompier volontaire<br>(Nous fournir votre attestation des heures)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## SECTION 5 : DÉDUCTIONS ET CRÉDITS (suite)

|  | Vous                     | Conjoint                 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Attestation de logement admissible (relevé 31)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Section pour les aînés :</b>  |                          |                          |
| Frais pour maintien à domicile<br>(Nous fournir une copie de votre bail et factures)               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Frais engagés par un aîné pour maintenir son autonomie (ex : équipements, prothèses auditives ...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Montant pour les activités des aînés   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Commentaires et autres :

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

**N'oubliez pas de joindre, avec vos documents, vos avis de cotisation 2023 (fédéral et provincial).**

En nous fournissant vos renseignements personnels, vous consentez à ce qu'ils soient utilisés par les employés de la Fédération de L'UPA de la Capitale-Nationale-Côte-Nord et de SCF Conseils Capitale-Nationale-Côte-Nord inc. Nous conserverons vos informations pour une période de 7 ans et vous nous autorisez à transmettre vos informations aux 2 paliers gouvernementaux.

Signature contribuable :

Date :

Signature conjoint :

Date :

Dans le présent document, le masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.