**Nouveaux Clients Pour Impôts 2024**

En cas de décès :

Nom :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de décès : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom du liquidateur:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Posséder vous un immeuble Locatif ? \_\_\_\_ Êtes-vous Travailleur Autonome ?\_\_\_\_**

**Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nom Conjoint(e) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Date de Naissance :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date de Naissance :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NAS :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NAS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Adresse Complète :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_App :\_\_\_\_\_\_\_Ville :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Code Postal :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cellulaire\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Enfants Inscrire au dos si plus de deux Enfants**

**Nom et Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_Date Naissance :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nom et Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_Date Naissance :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Habitation:**

**Avez-vous vécu avec un autre adulte dans l’année 2024 ? Oui  Non  Avec qui il a vécu ?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**70 ans et + Prix du loyer de Janvier à Juin \_\_\_\_\_\_$ et Juillet à Décembre\_\_\_\_\_\_$**

**Avez-Vous Vendu une maison ? Oui Non Si Oui on a besoin du contrat d’achat et vente**

**Crédit de Solidarité :**

**Avez- vous votre Rl 31 ou compte de taxes municipales ? Oui  Non  Si NON Pourquoi ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assurance Médicale**

* **Assurance Maladie du Québec ( RAMQ) Du \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **Assurance Privée (qui couvre les médicaments) Du \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ au\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **Aide Social du\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ au\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Situation Familiale :**

**Séparation  Divorce(e)  veuf-veuve  Conjoint(e) de fait  Célibataire Marié(e)**

* **Nouveau bébé (Nom :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date de Naissance\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**

**Au 31 Décembre 2023 la Situation était-elle la même ? Oui  Non **

 **Si non quelle était la situation :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date du changement\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**RAP**

**Est-ce que vous avez un RAP à rembourser ?  Oui  Non (x:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**

**Autorisation**

**Je déclare que les renseignements ci-dessus sont exacts. J’autorise SCD DUVAL INC. A produire et transmettre mes déclarations d’impôts.**

**Signature :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_

**Partie réservé à SCD Duval Inc.**

**Extérieur  Sur Place  Vérifié par :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**