**Renseignements Anciens Clients Pour Impôts 2024**

***En cas de décès***

***Nom :***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Date du décès :***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Nom du Liquidateur :***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

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

 **Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Adresse complète:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ App :\_\_\_\_\_\_\_**

**Ville :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cellulaire\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Adresse Courriel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**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 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 Sociale du\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ au\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Situation familiale :**

**Votre État civil a-t-il changé en 2024 ?  Oui  Non**

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

** Séparation Divorcé(e)  veuf/veuve  Conjoint(e) de fait  Célibataire Marié(e)**

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

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