



## QUESTIONNAIRE IMPÔTS 2025

### Clients actuels

#### 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 |            |            |
| Nom    |            |            |

↓ À remplir si différent de l'an dernier

|                  |  |  |
|------------------|--|--|
| Cellulaire       |  |  |
| Adresse courriel |  |  |
| Adresse postale  |  |  |

Etes-vous citoyen canadien ? :

|   |   |
|---|---|
| <b>Conjoint 1</b>   | <b>Conjoint 2</b>   |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

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

Non applicable

❖ Qui demande ce crédit d'impôts ?  Conjoint 1

Conjoint 2

## ASSURANCE MÉDICAMENTS

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

| Prénom*  | Frais de garde<br>(école, garderie,<br>camp de jour) | Relevé 19<br>(Versement<br>anticipé des frais<br>de garde) | Frais<br>d'activités     | % de la<br>garde<br>partagée | Revenus gagnés<br>par votre enfant<br>(montant) |
|--|--|--|--------------------------|------------------------------|---|
| <i>*Si nouvel enfant, indiquez date de naissance et sexe</i> | <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 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

Conjoint 1

Conjoint 2

Oui  Non  Oui  Non Vous avez cotisé à un **REER** entre le **1/03/2025** et le **31/12/2025**

Oui  Non  Oui  Non Vous avez cotisé à un **REER 2025** dans les **60 premiers jours** de **2026**

Oui  Non  Oui  Non Vous avez un **RAP / REEP à rembourser**

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 – **(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 l'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*

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

| Conjoint 1                   |                              | Conjoint 2                   |                              |  |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Vous avez <b>acheté votre 1<sup>ère</sup> maison</b> au courant de l'année<br><i>Vous êtes 2 ? Cochez celui qui demande le crédit.</i><br>Conjoint 1 <input type="checkbox"/> Oui Conjoint 2 <input type="checkbox"/> Oui  |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Vous réclamez <b>un enfant à charge</b> (vous êtes célibataire et <b>n'avez pas payé de pension alimentaire</b> ) – Indiquez quel(s) enfant(s) vous souhaitez mettre à votre charge :<br><hr/>   |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Vous avez été aux <b>études post-secondaires</b> dans l'année  |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Vous souhaitez <b>transférer</b> vos frais d'études s'il y a lieu à vos parents ou à votre conjoint  |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Vous réclamez les <b>frais médicaux</b> payés dans l'année <ul style="list-style-type: none"> <li>• Méthode simplifiée : <a href="#">Joindre le formulaire - Frais médicaux simplifié</a> -</li> <li>• Méthode détaillée : Joindre le relevé annuel de l'assureur (si possible) sinon, nous remettre les factures</li> </ul> |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Vous avez participé au <b>Capital régional</b>   |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Vous êtes admissible au crédit pour mise aux normes d' <b>installations d'assainissement des eaux usées résidentielles</b>   |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Vous avez acheté un abonnement pour des <b>nouvelles numériques</b>  |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Vous avez effectué des <b>dons</b> dans l'année  |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Vous avez payé des <b>intérêts sur un prêt étudiant</b>  |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Vous travaillez dans une <b>région éloignée</b> ou êtes un <b>pompier volontaire</b>   |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Vous êtes <b>aidant naturel</b> quel est le lien avec vous _____<br><b>Où habite cette personne ?</b> _____  |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Vous avez reçu des versements anticipés <b>Relevé 19</b> ( <i>crédit d'impôt pour maintien à domicile des aînés, pour traitement de l'infertilité et relatifs à la prime au travail.</i> )   |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Vous êtes <b>handicapé</b> reconnu au fédéral  |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Vous êtes <b>handicapé</b> reconnu au provincial   |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Vous avez un <b>enfant handicapé</b> reconnu au fédéral -<br>Prénom : _____  |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Vous avez un <b>enfant handicapé</b> reconnu au provincial - Prénom : _____  |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Vous avez aménagé une habitation multigénérationnelle pour une personne de 65 ans et plus ou un adulte admissible au CIPH  |

Conjoint 1

Conjoint 2

 Oui  Non Oui  Non

Avez-vous détenu des cryptoactifs durant l'année? Si la réponse est oui, répondez aux deux questions suivantes :

 Oui  Non Oui  Non

Déteniez-vous des cryptoactifs à la fin de l'année?

 Oui  Non Oui  Non

Avez-vous réalisé un gain (ou une perte) en capital, gagné du revenu d'entreprise, gagné du revenu de location ou du revenu d'intérêts provenant de cryptoactifs?

Si vous avez répondu oui aux questions précédentes, veuillez nous donner le détail de votre situation en plus de nous fournir les relevés associés.

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

**Vous avez plus de 70 ans** *Non concerné*

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

| <b>Conjoint 1</b>            |                              | <b>Conjoint 2</b>            |                              |  |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Vous habitez dans un CHSLD   |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Vous avez payé des frais pour le maintien à domicile   |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Vous demeurez en appartement - Montant de votre loyer mensuel : _____ \$                             |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Vous avez changé de résidence durant l'année (ex : de votre maison à un centre pour personnes âgées) |

**DIVERS***À remplir obligatoirement*

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

| <b>Conjoint 1</b>            |                              | <b>Conjoint 2</b>            |                              |  |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Vous avez fait <b>faillite</b> : <input type="checkbox"/> en 2024 <input type="checkbox"/> en 2025 |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Vous avez versé des <b>acomptes au fédéral</b> – Joindre le document reçu en février 2025          |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Vous avez versé des <b>acomptes au provincial</b> – Joindre le document reçu en février 2025       |

**Vous avez remis vos déclarations à un de nos bureaux** - Souhaitez-vous effectuer les signatures

En personne (au bureau de Lévis et Québec seulement)

Électroniquement

**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 2026](#)**

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

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

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

**Ne rien inscrire ici  
Cadre réservé à MGPLP Inc**