



## QUESTIONNAIRE IMPÔTS 2025

### Décès

CODE PROMO : \_\_\_\_\_

#### IDENTIFICATION

À remplir obligatoirement

	Conjoint 1	Conjoint 2
Prénom :		
Nom :		
Date de naissance :		
N° Cellulaire :		
N° Maison :		
Adresse courriel :		
Adresse postale :		
Date de décès :		

Devons-nous produire les documents pour demander les **certificats de décharge** :  Oui  Non

*Un certificat de décharge vous permet, en tant que représentant légal, de distribuer des actifs sans risquer d'être personnellement responsable des montants non payés que la personne décédée, la succession, la fiducie ou la société pourrait devoir.*

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 : \_\_\_\_\_

	Conjoint 1	Conjoint 2
Etes-vous citoyen canadien ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**CRÉDIT D'IMPÔT POUR PERSONNE VIVANT SEULE (validez votre admissibilité)**

À remplir obligatoirement

La personne a-t-elle vécue seule (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'autreQui demande le crédit d'impôts ?  Conjoint 1  Conjoint 2**ASSURANCE MÉDICAMENTS (qui rembourse vos frais médicaux à la pharmacie)**

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

Cochez lorsque concerné

**ENFANTS À CHARGE** Non concerné

Nom et Prénom	Date de naissance	Frais de garde (école, garderie, camp de jour)	Relevé 19 (Versement anticipé des frais de garde)	Frais d'activités	% de la garde partagée	Revenus gagnés (montant)
		<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"/>		

**BIENS ÉTRANGERS DE PLUS DE 100 000 \$ CAD**À remplir obligatoirement si concerné /  Non concerné

\*Si vous avez des **biens étrangers admissibles de plus de 100 000\$ CAD par personne**, vous avez l'obligation fiscale de produire un formulaire **T1135** auprès de l'ARC, pour déclarer les biens étrangers. Si vous ne produisez pas ce formulaire, vous pourriez avoir à payer 2 500\$ de frais de pénalité par formulaire pour non-production.

**Conjoint 1****Conjoint 2** Oui  Non Oui  Non

\*Vous devez fournir le détail pour des biens d'une valeur de plus de 250 000\$ CAD

❖ Détenez-vous une **société étrangère** ? (si oui nous devons remplir un formulaire **T1134**)  Conjoint 1  Conjoint 2

**REVENUS**

À remplir obligatoirement si concerné

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

**Conjoint 1****Conjoint 2** Oui  Non Oui  NonVous avez des **revenus d'emploi** Oui  Non Oui  NonVous avez reçu du **chômage** (dont RQAP), de **l'assurance-salaire** ou de la **CNESST** Oui  Non Oui  NonVous avez reçu une **pension alimentaire** de votre ex-conjoint(e) **pour vous** (et non les enfants) - **Joignez les justificatifs** Oui  Non Oui  NonVous avez des revenus de **travailleurs autonomes** ([Si oui, remplir le formulaire](#))**Produisons-nous vos déclarations de taxes de ventes annuelles ?**Conjoint 1 :  Oui  NonConjoint 2 :  Oui  Non Oui  Non Oui  NonVous avez des revenus **locatifs** ([Si oui, remplir le formulaire](#)) Oui  Non Oui  NonVous avez des revenus de **placements** Oui  Non Oui  NonVous avez des revenus **de retraite**Désirez-vous **fractionner** vos revenus de retraite?Conjoint 1 :  Oui  NonConjoint 2 :  Oui  Non Oui  Non Oui  NonVous avez **retiré des REER** ou vous avez reçu un paiement forfaitaire d'un employeur Oui  Non Oui  NonVous avez **vendu votre maison** en 2025 ou un autre bien immobilier – ([Si oui, remplir l'annexe A](#)) Oui  Non Oui  Non

Vous avez reçu des revenus après votre décès. (Intérêts - Dividendes ou autre).

## 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                   |                              |   |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Vous avez des revenus <b>locatifs étrangers</b>       |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Vous avez des revenus de <b>retraite à l'étranger</b> |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Vous avez des revenus <b>étrangers autres</b>         |

## DÉDUCTIONS FISCALES

À remplir obligatoirement

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 cotisé à un <b>REER</b> entre le <b>1/03/2025</b> et le <b>31/12/2025</b>  |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Vous avez cotisé à un <b>REER 2025</b> dans les <b>60 premiers jours</b> de <b>2026</b>  |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Vous avez un <b>RAP / REEP à rembourser</b>  |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Vous avez <b>payé une pension alimentaire</b> pour votre <b>ex-conjoint</b> (et non les enfants) – <b>(Fournissez le justificatif)</b>   |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Vous <b>avez déménagé</b> afin de vous rapprocher de <b>plus de 40 km</b> de votre nouveau lieu de travail – <b>(Si oui, remplir l'annexe B)</b>   |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Vous avez cotisé à un <b>ordre professionnel</b><br>Avez-vous été remboursé par l'employeur ? _____  |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Vous avez des <b>dépenses d'emploi</b> comme le bureau à domicile et les frais de déplacement - <b>(Si oui, remplir l'annexe C)</b> – <i>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</i> |

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 <i>Vous êtes 2 ? Cochez celui qui demande le crédit.</i> 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 un <b>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 : <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 _____ <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 - 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

**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 2026          |
| <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 2026       |

**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](#)**

**Vous confirmez nous avoir remis vos dernières déclarations d'impôts ainsi que vos avis de cotisation de l'an dernier**

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

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

## PIÈCES À FOURNIR POUR LA PRODUCTION DE LA DÉCLARATION

- Copie du **testament**
- Copie du **certificat de décès**
- Les 2 **recherches testamentaires** (*Chambre des notaires et Barreau du Québec*)

### Liste des biens au décès

Type de biens	Description	Montant (\$CAD)
Bien immeubles ou terrains situés au Canada ou ailleurs		
Biens précieux et autres biens personnels (véhicule, équipements, bijoux, pièces de monnaie, tableaux, timbres, etc.)		
Actions et unités de fonds commun de placement		
Certificats de dépôt, bons du Trésor, parts, obligations et certificats de placement garanti		
Rentes et pensions		
Comptes d'épargne libre d'impôt (CELI)		
Argent liquide ou déposé dans une institution financière		
Régimes enregistrés d'épargne-retraite (REER)		
Fonds enregistrés de revenu de retraite (FERR)		
Régimes de pension agréés collectifs (RPAC)		
Régimes volontaires d'épargne-retraite (RVER)		
Dettes		

	Liquidateur 1	Liquidateur 2
Prénom :		
Nom :		
3 derniers NAS (Revenu Québec l'exige)		
N° Cellulaire :		
N° Maison :		
Adresse courriel :		
Adresse postale :		

