

SFE Services Comptables

<b>Année 2020</b>	Prix : _____ \$	E/F
		_____ \$

	Initiales	Date
Reçu par :		
Monté par :		
Traité par :		
Imprimé par :		
Fait signer par :		

<b>CLIENT RENCONTRÉ</b>	
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si nouveau client, Impôts Précédente	<input type="checkbox"/>
Avis de Cotisation (OBLIGATOIRE)	<input type="checkbox"/>

	CONTRIBUABLE	CONJOINT(E)
<b>COURRIEL :-&gt;</b>		
Nom :		
Prénom :		
N.A.S. :	- -	- -
Date de naissance :		
Adresse :		<b>Revenu du conjoint :</b> (si pas traité ensemble) Féd. (ligne 236) : Prov. (ligne 275) :
Téléphone :	( )	( )
Cellulaire :	( )	( )
État civil :  Changement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date : _____ Conjoint depuis _____	<b>Célibataire</b> <input type="checkbox"/> <b>Conjoint de fait</b> <input type="checkbox"/> <b>-naissance d'enfants</b> <input type="checkbox"/> <b>Marié</b> <input type="checkbox"/> <b>Divorcé</b> <input type="checkbox"/> <b>Séparé</b> <input type="checkbox"/> <b>Veuve/Veuf</b> <input type="checkbox"/>	<b>Date changement :</b>  (avertir le client de communiquer le changement au gouvernement pour ne pas avoir des problèmes de TPS, solidarité et allocations familiales)
<b>CRÉDIT D'IMPÔT SOLIDARITÉ</b>  <b>EN DATE D'AUJOURD'HUI</b>	Avez-vous un conjoint? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>SI APPLICABLE :</b> <b>-Relevé 31</b> <input type="checkbox"/> <b>MATRICULE (TAXE) :</b> _____  <b>Spécimen de Chèque à fournir</b> <b>S'il n'est pas inscrit</b> <input type="checkbox"/>
Crédit à un seul parent : Équivalent de conjoint (fédéral))	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père	
Vivant seul (toute année)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Enfants à charge (moins de 18 ans)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Ou étudiant (moins de 26 ans)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

## PERSONNES À CHARGE

	1 <sup>er</sup> enfant	2 <sup>e</sup> enfant
Nom :		
Prénom:		
N.A.S. :	- -	- -
Lien de parenté :		
Date de naissance :		
<b><i>GARDE PARTAGÉ.</i></b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Frais de garde :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 7 \$ <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 7 \$ <input type="checkbox"/> Autre
Revenus d'emploi (T4) :		
Revenus de REEE :		
Frais de scolarité : (T2202 et Relevés 8)		
Transférer frais scolarité aux parents?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père
Faire rapport d'impôt ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	3 <sup>ème</sup> enfant	4 <sup>ème</sup> enfant
Nom :		
Prénom:		
N.A.S. :	- -	- -
Lien de parenté :		
Date de naissance :		
<b><i>GARDE PARTAGÉ.</i></b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Frais de garde :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 7 \$ <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 7 \$ <input type="checkbox"/> Autre
Revenus d'emploi (T4) :		
Revenus de REEE :		
Frais de scolarité : (T2202 et Relevés 8)		
Transférer frais scolarité aux parents?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père
Faire rapport d'impôt ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## PENSION ALIMENTAIRE

	Contribuable	Conjoint(e)
<b>Pension alimentaire</b>	Payé pour enfant <input type="checkbox"/>  Payé pour ex-conjoint <input type="checkbox"/> Montant _____ \$  Reçu par ex-conjoint <input type="checkbox"/> Montant _____ \$	Payé pour enfant <input type="checkbox"/>  Payé pour ex-conjoint <input type="checkbox"/> Montant _____ \$  Reçu par ex-conjoint <input type="checkbox"/> Montant _____ \$
<b>NAS du Payeur</b>	- -	- -

## FRAIS DE SCOLARITÉ

	Contribuable	Conjoint(e)
Frais de scolarité (T2202)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Voulez-vous transférer les frais à votre conjoint, si avantageux?	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Où au plus avantageux <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Où au plus avantageux <input type="checkbox"/>

## MÉDICAMENTS

ASS. MÉDICAMENT	Contribuable	Conjoint(e)
Ass. médicament	<input type="checkbox"/> Privée <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> GVT	<input type="checkbox"/> Privée <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> GVT
Cie d'assurances		
Toute l'année :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si année incomplète	Début :	Fin :
<b>Frais médicaux</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Possédez-vous :		
-Assurance vie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
-Assurance hypothécaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dans les prochains mois seriez-vous intéressés à faire analyser vos documents d'assurance <u>sans frais</u> ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous une hypothèque?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Frais activité physique ou artistique .		
-Enfant -18ans	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
-Personne âgé +70ans	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## PERSONNES 70 ANS ET +

Maintien à Domicile (70 ans et +)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, QR19 + Bail/Dépenses	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, QR19 + Bail/Dépenses
Si en LOGEMENT	Prix Janvier _____ \$ Prix Juillet _____ \$	Prix Janvier _____ \$ Prix Juillet _____ \$
Si PROPRIÉTAIRE Maison ou Condo	FACTURES : -entretien maison intérieur -entretien maison extérieur	-Déneigement -Nettoyage cheminé -Gazon/Fleur etc...
Si en RÉSIDENCE Bail avec Liste des Services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## REVENUS

	Contribuable	Conjoint(e)
<b>Type d'emploi</b>	<b>Salarié</b> <input type="checkbox"/> <b>Trav. autonome</b> <input type="checkbox"/> <b>Retraité</b> <input type="checkbox"/> <b>Étudiant</b> <input type="checkbox"/> <b>Ass. Emploi</b> <input type="checkbox"/> <b>RQAP</b> <input type="checkbox"/> <b>PCU</b> <input type="checkbox"/>	<b>Salarié</b> <input type="checkbox"/> <b>Trav. autonome</b> <input type="checkbox"/> <b>Retraité</b> <input type="checkbox"/> <b>Étudiant</b> <input type="checkbox"/> <b>Ass. Emploi</b> <input type="checkbox"/> <b>RQAP</b> <input type="checkbox"/> <b>PCU</b> <input type="checkbox"/>
<b>Pourboire</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Dépenses de formation</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Dépenses d'emploi</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Formulaire rempli et signé par l'employeur</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Frais de résidence</b>	Comptabilisé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Comptabilisé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Frais Minimum à facturé</b>	<input type="checkbox"/> <b>75.00\$</b>	<input type="checkbox"/> <b>75.00\$</b>
<b>Revenus de placements (actions et autres)</b>	<b>Revenu de dividendes</b> <input type="checkbox"/> <b>Revenu d'intérêts</b> <input type="checkbox"/> <b>Gain (perte) en capital</b> <input type="checkbox"/>	<b>Revenu de dividendes</b> <input type="checkbox"/> <b>Revenu d'intérêts</b> <input type="checkbox"/> <b>Gain (perte) en capital</b> <input type="checkbox"/>
<b>Gain (perte) en capital :</b>	<b>Vente d'immeuble</b> <input type="checkbox"/> <b>Vente d'un terrain</b> <input type="checkbox"/> <b>Autres</b> <input type="checkbox"/>	<b>Vente d'immeuble</b> <input type="checkbox"/> <b>Vente d'un terrain</b> <input type="checkbox"/> <b>Autres</b> <input type="checkbox"/>
<b>Acquisition de maison personnelle</b>	<b>Date :</b> _____ <b>Coût :</b> _____	<b>Date :</b> _____ <b>Coût :</b> _____
<b>Vente de maison personnelle</b>	<b>Année d'acquisition :</b> _____ <b>Coût :</b> _____ <b>Prix vente :</b> _____	<b>Année d'acquisition :</b> _____ <b>Coût :</b> _____ <b>Prix vente :</b> _____
<b>Déclaration de résidence personnelle</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Revenus de location :</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Revenus d'entreprise</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Êtes-vous inscrit au Registraire Entreprises</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	(si oui, avis du Registraire)	(si oui, avis du Registraire)
	NEQ _____	NEQ _____

R.E.E.R. / R.E.E.P.

DEMANDER AVIS DE COTISATION

	Contribuable	Conjoint(e)
R.E.E.R.:	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
R.E.E.P. :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui fournir les feuillets	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui fournir les feuillets
Participant au RAP?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Participant au R.E.E.P.?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date de début : _____ Montant du RAP/R.E.E.P. : _____ \$		
Solde du montant RAP OU R.E.E.P. Montant à rembourser annuellement	_____ \$ _____ \$	_____ \$ _____ \$
RAP OU R.E.E.P.remboursé? (AVEC REER)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Acomptes Provisionnels	<input type="checkbox"/> FÉD. _____ \$ <input type="checkbox"/> PROV. _____ \$	<input type="checkbox"/> FÉD. _____ \$ <input type="checkbox"/> PROV. _____ \$
---------------------------	---	---

## SI IMMIGRANT

Date d'arrivée	
Résident permanent	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Citoyen Canadien	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Revenus gagnés à l'extérieur pour la période de non résidence	

<b>AVEZ-VOUS DES BIENS À L'ÉTRANGER DE PLUS DE 100 000\$</b> Si oui, demander INFO T1135 (documents)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

## TRANSFERT ENTRE CONJOINTS

	Contribuable	Conjoint(e)
Transférer des crédits inutilisés par l'un des conjoint(s) à l'autre conjoint?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Appliquer un remboursement d'un des conjoint(s) au paiement de la dette de l'autre conjoint? (seulement au provincial)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**SFE Services Comptables**

***-VEUILLEZ NOTER QUE LA RÉIMPRESSION D'UN RAPPORT D'IMPÔT, DU À UN OUBLI DE VOTRE PART D'UN FEUILLET OU D'UNE INFORMATION ESSENTIELLE, ENTRAÎNERA DES FRAIS SUPPLÉMENTAIRES DE 10 \$ POUR CHAQUE GOUVERNEMENT. S'IL Y A DES CHANGEMENTS ULTÉRIEURS À APPORTER À VOTRE DÉCLARATION, CAUSÉS PAR DES RENSEIGNEMENTS INCOMPLETS NON FOURNIS, LE TRAVAIL SUPPLÉMENTAIRE SERA FACTURÉ.***

***-PRENDRE NOTE, POUR TOUTE VÉRIFICATION FISCALE OU DEMANDE DE PIÈCES À FOURNIR À L'UN OU L'AUTRE DES PALIERS GOUVERNEMENT, IL Y AURA DES FRAIS SUPPLÉMENTAIRES FACTURÉS.***

**Selon les renseignements fournis par le client :**

**Contribuable**

**Conjoint(e)**

X \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_

**Ajouts / Notes / Commentaires :**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# FICHE AUTO-VÉRIFICATION

À LA PERSONNE QUI TRAITÉ LES RAPPORTS D'IMPÔTS :

EXEMPLES DE QUESTIONS :

- 1- AVEZ-VOUS REVÉRIFIÉ L'ADRESSE, LE NAS ET L'ÉTAT CIVIL ?
- 2- AVEZ-VOUS VÉRIFIÉ SI TOUTES LES PERSONNES À CHARGE SONT LES BONNES ?   
- EST-CE QU'IL Y A DES PENSIONS ALIMENTAIRES PAYÉES PAR LA PERSONNE ?  
- SI OUI, ENLEVEZ LA PERSONNE À CHARGE.
- 3- S'IL Y A LIEU, AVEZ-VOUS VÉRIFIÉ LE BROUILLON DE L'ÉTAT DES RÉSULTATS ?
- 4- S'IL Y A LIEU, AVEZ-VOUS VÉRIFIÉ LE BROUILLON DES IMMEUBLES À REVENUS ?
- 5- S'IL Y A LIEU, AVEZ-VOUS VÉRIFIÉ LES FEUILLETS ET LES RELEVÉS DE PLACEMENTS  
POUR DÉTERMINER LES GAINS OU LES PERTES EN CAPITAL ?
- 6- AVEZ-VOUS VÉRIFIÉ TOUS LES CRÉDITS D'IMPÔT, S'ILS SONT BIEN PLACÉS ET SI LA  
PERSONNE EST ADMISSIBLE ?
- 7- AVEZ-VOUS FAIT LE COMPARATIF DU RAPPORT D'IMPOT DE L'ANNÉE ANTÉRIEURE.
- 8- DANS LE RÉSULTAT FINAL DU RAPPORT D'IMPÔT, S'IL Y A REMBOURSEMENT OU À  
SOLDE PAYER, EST-CE RAISONNABLE?
- 9- JE SIGNE COMME QUOI J'AI PRIS CONNAISSANCE DES POINTS ÉNUMÉRER CI-HAUT :

\_\_\_\_\_  
TRAITEUR D'IMPÔTS

(NOTE : LA PERSONNE QUI BROCHE LES FEUILLES RETOURNE SI NON SIGNÉ)

10- \_\_\_\_\_

11- \_\_\_\_\_

12- \_\_\_\_\_