Jova services comptables
JOHANNIE VACHON

Retraité(e)

Effacer les données

FICHE CLIENT

Année 2023

O M O Mme O Décédé(e) Date :

Nom

Prénom

Personne ayant un handicap ☐ Oui ☐ Non

J'ai habité seul(e) TOUTE L'ANNEE ☐ Oui ☐ Non
(Excluant les personnes à charge)

Assurance sociale

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

Téléphone 1

Téléphone 2

Courriel

O M O Mme O Décédé(e) Date :

Nom

Prénom

Personne ayant un handicap O Oui O Non

** Déclaration traitée par JOVA O Oui O Non

Si non, nous avons besoin du revenu net

Ligne 23600 FED $

Ligne 275 Qc $

Assurance sociale

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

Téléphone 1

Téléphone 2

Courriel

ETAT CIVIL au 31 déc 2023

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Conjoint fait

☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf /Veuve

Changement état civil ☐ oui ☐ non

Ancien état Date :

ADRESSE au 31 déc 2023

No Rue App

Ville Code postal

Changement d'adresse en 2023 ☐ oui ☐ non Province

Date du changement :

Assurance **Médicaments**

Etes-vous assuré au ☐ public ou ☐ privé

		Mois		Mois
Mon propre régime collectif (travail)	De		à	
Avec le régime du conjoint/parent	De		à	
Assurance du gouvernement RAMQ	De		à	

Assurance **Médicaments** du conjoint(e)

Etes-vous assuré au ☐ public ou ☐ privé

		Mois		Mois
Mon propre régime collectif (travail)	De		à	
Avec le régime du conjoint/parent	De		à	
Assurance du gouvernement RAMQ	De		à	

Note :

PERSONNE A CHARGE

Nom	Prénom	Sexe	JJ / MM / AAAA	N.A.S	Personne ayant un handicap	Je paye une pension alimentaire	Enfant a votre charge	Impôt sera fait par JOVA

MAINTIEN A DOMICILE 70 ANS ET PLUS ☐ Oui ☐ Non

Entretien ménager / terrain / déneigement

Services d'aide habillage/hygiène /repas

Services soins infirmiers

Autres :

Formulaire TPZ–1029.MD.5 (coproprio) ☐ Oui ☐ Non

Formulaire TPZ-1029.MD.9 ($ anticipé) ☐ Oui ☐ Non

Bail ☐ Oui ☐ Non

Type : □ Condo, □ Logement □ HLM □ RPA □ CHSLD

Coût du loyer :

Autres Informations

☐ RAP	☐ REEP
Retrait $	
Solde $	
Date achat	
Versement	
Nb proprio	

Signature :

Date : Référé par :