Ce formulaire doit être complété pour chaque demande de déclaration d’impôts, SVP joindre les documents originaux pertinents

**Toutes les informations sont obligatoires – service GRATUIT**

*C’est avec grand plaisir que le secteur du Service des bénévoles annonce encore cette année la tenue de la  clinique d’impôts. Grâce à l’implication d’une de nos bénévoles, madame Lise Richard, nous pourrons offrir à nos usagers admis ce service gratuit. Madame Richard est une bénévole active dans notre service avec expérience dans le domaine des impôts.*

*Veuillez faire parvenir ce formulaire complété, avec les documents originaux (avis de cotisation, relevés, etc.) par courrier interne dans* ***une enveloppe scellée*** *à :* Service des bénévoles – Impôts

*Une copie de la déclaration complétée ainsi que les originaux seront retournés par courrier interne au professionnel répondant qui a fait la demande.*

*Pour questions ou commentaires, veuillez utiliser:*

* *La boite vocale au poste 2157, un retour d'appel sera fait dans les 48 heures.*
* *L'adresse courriel : activitesbenevole.iusmm@ssss.gouv.qc.ca.*

|  |
| --- |
| Conditions d’admissibilité à la Clinique d’impôts  |
| * Revenu annuel maximum de 25 000$ pour une personne seule
* Revenu maximum d’intérêts de 1000$
* Dossier admis à l’IUSMM
 |
| Identification de l’usager |
| **Nom :** | **Prénom :** |
| **Numéro d’assurance sociale:** | **Sexe :**🞏 F 🞏 M  | **Date de naissance**(jj-mm-aaaa)**:** |
| **État civil :** 🞏 Célibataire 🞏 Marié 🞏 Conjoint de fait 🞏 Veuf 🞏 Séparé 🞏 Divorcé | **Statut au Canada :** 🞏 Citoyen canadien 🞏 Résident permanent 🞏 Indien inscrit 🞏 Résident temporaire 🞏 Autre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **Hospitalisé actuellement :** 🞏 Oui 🞏 Non  | **Personne ressource dans l’unité (inf):** | **Sous Fiducie IUSMM :**🞏 Oui 🞏 Non  |
| **Adresse postale actuelle (OBLIGATOIRE)** |
| (Numéro civique) (Rue) (Ville) (Province) (Code Postal) |

|  |
| --- |
| Identification du Professionnel répondant |
| **Nom :** | **Prénom :** |
| **Discipline :** | **Programme/unité/service :** |
| **Poste téléphonique :** | **Cellulaire :** |
| **\*Signature:** | **\*Date :** |
| **Commentaires :** |
| Autorisation de L’Usager |
| 🞏 J’autorise la consultation de mes informations personnelles qui permettront à la personne bénévole de l’IUSMM de compléter mes déclarations d’impôts. Valide pour 12 mois à partir de la date de signature.  |
| **\*Signature :** | **\*Date :** |

|  |
| --- |
| Réponse à la demande – *RÉSERVÉ AUX ACTIVITÉS BÉNÉVOLES* |
| Demande reçue le : | Demande traitée le : |
| Nom bénévole : | Poste : |
| Commentaires : |

\*Si le formulaire de demande n’est pas dûment complété et signé par l’intervenant répondant et l’usager, la demande sera retournée.

Maria Vassetta, M. Sc.

Cadre intermédiaire

Service des bénévoles

Courriel : activitesbenevole.iusmm@ssss.gouv.qc.ca