

MESURES FISCALES POUR LES NOUVELLES SOCIÉTÉS DE SERVICES FINANCIERS (NSSF)

**Demande d’attestation à l’égard d’un employé local**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Renseignements généraux sur la société | |
| Nom de la société | Certificat de la société |
|  | Numéro : |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Identification de l’employé | | | | | | | | | | |
|  | Prénom | | | | Nom | | | | NAS : | |
| Madame  Monsieur |  | | | |  | | | | 🛈 Remplir uniquement s’il s'agit d'un nouvel employé ou d'un employé ayant changé de NAS. | |
| Adresse du domicile | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Ville | | | | Province | | | Code postal | | S’agit-il d’une nouvelle adresse? | |
|  | | | |  | | |  | | Oui | Non |
| Adresse du lieu de travail | | | | | | Ville | | Province | | Code postal |
|  | | | | | |  | |  | |  |
| Téléphone (bureau) | | | | Courriel | | | | | | |
|  | | Poste : |  |  | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Date d’entrée en fonction de l’employé | | | |
|  |  |  |  |
|  | aaaa/mm/jj |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Période visée par la présente demande | | | | |
| Du : |  | Au : |  |  |
|  | aaaa/mm/jj |  | aaaa/mm/jj |  |
| 🛈 La période visée correspond normalement à l’année d’imposition de la société. La période visée peut être plus courte si, au cours de cette année, l’employé est entré en fonction ou a quitté ses fonctions. | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fonctions de l’employé auprès de la société | | | | | | | |
| Nom du poste occupé | | | Nombre d’heures travaillées par semaine | | | | |
|  | | |  | | | | |
| Durée du contrat d’emploi : | | | | | | | |
| Durée indéterminée | Durée déterminée (Précisez la période) : | Du | | aaaa/mm/jj | Au | aaaa/mm/jj | |
| Nom de l’employeur, comme il apparaît sur le Relevé 1 de l’employé | | | | | | |
|  | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Statistiques | |
| Fourchette salariale de l’employé | |
| < 25 000 $ | 70 000 $ à 84 999 $ |
| 25 000 $ à 39 999 $ | 85 000 $ à 99 999 $ |
| 40 000 $ à 49 999 $ | 100 000 $ à 124 999 $ |
| 50 000 $ à 59 999 $ | 125 000 $ à 149 999 $ |
| 60 000 $ à 69 999 $ | > 150 000 $ |
|  |  |
| Plus haut niveau de scolarité atteint par l’employé | |
| DES ou DEP : Diplôme d’études secondaires ou professionnelles | |
| DEC : Diplôme d’études collégiales et techniques | |
| 1er cycle : Baccalauréat et certificat | |
| 2e cycle : Maîtrise et diplôme de deuxième cycle | |
| 3e cycle : Doctorat | |
|  | |
| Certification ou titre de l’employé (si applicable) | |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| Description détaillée des fonctions de l’employé auprès de la société | |
| Fonctions de l’employé directement attribuables aux activités inscrites sur le certificat de la société | Proportion des fonctions par rapport à l’ensemble des fonctions de l’employé |
|  |
| **Sous-total** | % |
| Fonctions de l’employé consacrées à l’exécution de tâches non admissibles  🛈 Par exemple, des tâches administratives comme la gestion d’entreprise, la gestion des ressources humaines et matérielles, la comptabilité, les affaires juridiques, le secrétariat et la messagerie. |  |
|  |
| **Sous-total** | % |
| **TOTAL** | **100 %** |

Au besoin, joindre une annexe à ce formulaire.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Déclaration de la personne responsable de la demande | | | | | | |
| Je soussigné(e) certifie que, pour autant que je puisse en juger, tous les renseignements contenus dans le présent formulaire sont | | | | | | |
| complets et exacts, et qu’au moins 75 % des fonctions de | |  | | sont directement attribuables | | |
|  | | Nom de l’employé | |  | | |
| au processus transactionnel relatif à la réalisation des activités prévues dans le certificat de la société.  Sur demande, je fournirai au ministère des Finances, à Revenu Québec ou à leurs représentants tout renseignement portant sur la présente demande ou sur toute question relative aux fonctions de l’employé.  Je comprends qu’en vertu des dispositions de la loi, le ministre peut révoquer rétroactivement l’attestation annuelle de l’employé lorsque des renseignements ou des documents portés à sa connaissance le justifient.  Finalement, je m’engage à aviser par écrit, et ce, dans les meilleurs délais, le ministère des Finances de tout changement qui pourrait survenir à l’égard des renseignements fournis. | | | | | | |
|  |  | |  | |  |  |
|  | Signature de la personne responsable de la demande | |  | | Date (aaaa/mm/jj) |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  | Nom en caractères d’imprimerie | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  | Titre | |  | |  | |