



Ministère
des Finances
Imposition et registre
des biens

Demande de remboursement de la taxe sur le tabac

(Conformément à la *Tobacco Tax Act* et à la *Revenue Administration Act*
de l'Î.-P.-É., R.S.P.E.I. 1988)

Expédiez à :

Ministère des Finances,
Imposition et registre des biens
C.P. 1330, Charlottetown (Î.-P.-É.) C1A 7N1

Livrez à :

95, rue Rochford
Imm. Shaw, 1^{er} étage sud
Charlottetown (Î.-P.-É.) C1A 3T6
ou à tout centre Accès Î.-P.-É.

Tél. : 902-368-6577 Téléc. : 902-368-6164

Accès à l'information et protection de la vie privée

Les renseignements personnels apparaissant dans le présent formulaire sont recueillis en vertu de l'article 31(c) de la *Freedom of Information and Protection of Privacy Act* (loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée) et serviront à l'administration et à l'application de l'impôt. Toute question concernant la collecte et l'utilisation de ces renseignements peut être soumise au gestionnaire du Service de l'administration et de l'observation fiscales, Division de l'imposition et du registre des biens, C.P. 2000, Charlottetown (Î.-P.-É.) C1A 7N8, 902-368-5137.

Site Web : www.taxandland.pe.ca

Courriel : taxandland@gov.pe.ca

| Section A – Information sur le demandeur (en lettres moulées) | | | |
|--|--|---|---------------|
| Nom au complet, y compris le(s) second(s) prénom(s) : | | | |
| Genre d'entreprise (le cas échéant) : Grossiste <input type="checkbox"/> Détaillant <input type="checkbox"/> Fabricant <input type="checkbox"/> | | | |
| Adresse municipale : | | Numéro du compte fournisseur (taxe sur le tabac) : | |
| Adresse postale : | | | |
| Ville ou village : | | Province : | Code postal : |
| Téléphone : | | Téléc. : | Courriel : |
| Section B – Raison du remboursement (si vous manquez d'espace, veuillez joindre une feuille) | | | |
| 1 | <input type="checkbox"/> Vol <input type="checkbox"/> Feu <input type="checkbox"/> Dommages | Aux termes de l'article 18(1) du règlement établi pour l'application de la <i>Revenue Administration Act</i> , toute demande de remboursement de la taxe sur le tabac présentée en vertu de l'article 19(1) ou 19(5) de la <i>Revenue Administration Act</i> doit être soumise par écrit au commissaire et doit comprendre (a) la raison de la demande du remboursement; et (b) toute documentation ou information liée au paiement du montant demandé que le commissaire jugera utile, notamment les factures et les reçus.* | |
| | Veuillez joindre la documentation suivante à votre demande : 1. des copies des factures liées aux produits du tabac achetés avant la date du vol, des dommages ou de la destruction; 2. des pièces justificatives (relevé des dommages fourni par votre compagnie d'assurances) dans lesquelles est indiquée la date du vol ou de la perte, la quantité de tabac volée ou détruite, etc.; 3. une copie du rapport de police ou du numéro du dossier du service de police menant l'enquête (avec le nom d'une personne-ressource et un numéro de téléphone); 4. une liste des produits du tabac volés, endommagés ou détruits (section C de ce formulaire). La demande doit être soumise dans les quatre ans suivant la date du vol ou de la perte. | | |
| 2 | <input type="checkbox"/> Paiement en trop d'impôt | L'article 19(1) de la <i>Revenue Administration Act</i> permet d'accorder un remboursement de la taxe sur le tabac lorsqu'il y a eu un paiement en trop de l'impôt payable. | |
| | Veuillez joindre la documentation suivante à votre demande : 1. des copies des factures sur lesquelles est indiqué le montant de taxe payé; 2. toute information supplémentaire appuyant le montant réel qui aurait dû être payé. La demande doit être soumise dans les quatre ans suivant la date à laquelle le paiement en trop a été effectué. | | |
| 3 | <input type="checkbox"/> Créances irrécouvrables | L'article 19(1) de la <i>Revenue Administration Act</i> permet d'accorder un remboursement de la taxe sur le tabac lorsqu'il y a eu un paiement en trop de l'impôt payable. | |
| | Veuillez joindre la documentation suivante à votre demande : 1. des copies des factures sur lesquelles est indiqué le montant de taxe payé; 2. toute information supplémentaire appuyant le montant réel qui a été radié au titre des créances irrécouvrables. La demande doit être soumise dans les quatre ans suivant la date à laquelle le paiement en trop a été effectué. | | |

Section C - Calcul du remboursement de la taxe sur le tabac

Veillez énumérer la quantité de tabac pour laquelle vous demandez un remboursement de la taxe sur le tabac et indiquer le montant total de la demande.

| Produit du tabac | Quantité | | Taux de la taxe | Montant |
|--|-------------------------|---|--------------------|----------|
| Cigarettes | _____ unités | X | 0,2250 \$ = | _____ \$ |
| | _____ paquets de 20 | X | 4,5000 \$ = | _____ \$ |
| | _____ paquets de 25 | X | 5,6250 \$ = | _____ \$ |
| | _____ cartouches de 200 | X | 45,00 \$ = | _____ \$ |
| Bâtonnets de tabac | _____ unités | X | 0,2250 \$ = | _____ \$ |
| Tabac (autre que des cigarettes, des bâtonnets de tabac et des cigares; par exemple : tabac à cigarettes, chique, tabac sans fumée, etc.) | _____ grammes | X | 0,1750 \$ = | _____ \$ |
| Cigares (prix total de la vente de cigares) | _____ \$ | X | 0.7160 = | _____ \$ |
| Montant total de la demande de remboursement : | | | | _____ \$ |

Section D - Certification

J'atteste que les renseignements apparaissant ci-dessus sont exacts à ma connaissance.

Nom de la personne-ressource (en lettres moulées)

Signature

Titre

Date

| Réservé à l'administration | Section | Objet | Programme | Projet | Montant |
|----------------------------|----------------|-------|-----------|--------|---------|
| | | | | | |
| N° de compte : | | | | | |
| Date de réception : | Approbateurs : | | | | |

Note : Les multiples déclarants ont accès au transfert électronique de fonds.

English version also available.