

CENTRE QUÉBÉCOIS DE FORMATION EN FISCALITÉ - CQFF INC.

Société privée de formation en fiscalité

VOTRE BOÎTE AUX LETTRES – 30 mars 2005

"LE KIT À PINOTTES"

Lors de la présentation des cours Déclarations fiscales ou Mise à jour en fiscalité tenus au fil des dernières années, vous avez été très nombreux à réagir à l'égard des informations que nous vous avons données sur la possibilité de réclamer **pour 2001 et 2002 seulement** et ce, aux 2 niveaux de gouvernement, les crédits pour personnes handicapées à l'égard des allergies alimentaires graves. Comme vous le savez tous, vous pouvez encore sans problème demander un redressement des déclarations fiscales 2001 et 2002 (seulement) si un client a omis de réclamer ces crédits (s'il est admissible évidemment). De très nombreux contribuables ont d'ailleurs reçu des remboursements d'impôt fort intéressants à cet égard. Nous vous rappelons qu'il doit s'agir d'allergies créant potentiellement des malaises très sérieux et qui compliquent sensiblement l'alimentation et la préparation des repas. La lecture de la décision Hamilton (voir la documentation ci-jointe) est d'autre part un "MUST".

Or, suite aux très nombreuses demandes d'informations supplémentaires que vous nous avez demandées au fil des mois (... de 5 à 10 appels ou courriels par semaine!!!), nous avons préparé ce que l'on appelle affectueusement "le kit à pinottes" (en référence aux gens qui sont allergiques aux arachides, à titre d'exemple) et que nous faisons parvenir par la poste à ces participants. Afin de simplifier la vie à tout le monde, nous vous joignons donc notre "kit à pinottes" en version "virtuelle". Un exemple déjà "complété" des attestations médicales (ainsi que des exemples "vierges") font partie du "kit à pinottes".

Bonne lecture,

Yves Chartrand, M.Fisc.

Centre québécois de formation en fiscalité – CQFF inc.

Adresse de correspondance

CQFF INC.
1490, Kirouac
Laval, Québec H7G 2S1
Tél.: (450) 973-FISC - 3472 Téléc.: (450) 663-7054
Internet: www.cqff.com

CQFF INC.
3131, boul. St-Martin Ouest, 4^e étage
Laval, Québec H7T 2Z5
Téléphone: (514) 333-FISC - 3472
Télécopieur: (450) 663-7054

Crédit pour personnes handicapées et resserrement face aux allergies alimentaires graves

Certaines modifications ont été apportées aux conditions d'admissibilité à ce crédit. Voici les trois modifications prévues.

1° Afin de contrecarrer les effets de la décision Hamilton rendue par la Cour d'appel fédérale en 2002 portant sur les allergies alimentaires au gluten et l'accès au crédit d'impôt pour personnes handicapées (CIPH), le budget a notamment proposé une modification importante. Ainsi, **à compter de 2003**, l'expression "s'alimenter" prévue à la Loi de l'impôt a été modifiée de façon à préciser que cette expression ne comprendra pas :

- i)** les activités qui consistent à identifier, à rechercher, à acheter ou à se procurer autrement des aliments;
- ii)** l'activité qui consiste à préparer des aliments dans la mesure où le temps associé à cette activité n'y aurait pas été consacré en l'absence d'une restriction ou d'un régime alimentaire.

Cette dernière précision vise aussi à assurer que les particuliers dont la capacité de préparer un repas est limitée de façon marquée pour des raisons autres qu'une restriction alimentaire (comme ceux atteints d'une forme grave d'arthrite) continueront, quant à eux, à avoir droit au crédit d'impôt.

2° Une modification a aussi été apportée à la définition de "s'habiller" afin de limiter selon la même logique que pour les allergies alimentaires graves la portée de cette expression aux fins du crédit d'impôt pour personnes handicapées (CIPH) notamment dans le cas de personnes souffrant d'allergies à certains tissus. Ainsi, "s'habiller" ne comprend plus les activités qui consistent à identifier, à rechercher, à acheter ou à se procurer des vêtements.

3° La dernière modification est une précision aux fins de ce crédit d'impôt de façon à ce qu'il soit clairement indiqué que les particuliers dont la capacité, soit de s'alimenter, soit de s'habiller (plutôt que et) est limitée de façon marquée continuent d'avoir droit au crédit d'impôt.

Note importante du CQFF : Nous ne pouvons pas passer sous silence qu'il n'est pas trop tard pour vos clients qui souffrent d'allergies alimentaires graves (aux arachides, au

gluten, etc.) et qui rencontrent les critères prévus à la décision Hamilton rendue en mars 2002 par la Cour d'appel fédérale de demander un redressement à leurs déclarations fiscales fédérales et provinciales pour 2002 et 2001 seulement. **Vous n'aurez pas besoin de loger un avis d'opposition**, mais simplement faire une demande de redressement aux deux gouvernements. Cela signifie pour ces deux années, un total d'environ 2 500 \$ à 3 500 \$ en économies fiscales (dans le cas d'un enfant de moins de 18 ans, les économies fiscales combinées sur 2 ans peuvent effectivement totaliser environ 3 500 \$) et ce, pour chaque contribuable visé par une allergie alimentaire grave.

Tel que nos participants au cours Déclarations fiscales – 2002 le savent déjà de façon très claire, il est primordial de lire la décision Hamilton au complet (voir "Votre boîte aux lettres" du 26 février 2003 sur note site Web) ainsi que de lire nos commentaires très détaillés dans notre communiqué du 18 avril 2003 (Voir "Votre boîte aux lettres" du 18 avril 2003, notamment les 3 pages sur ce sujet dont la première commence par "Allergies alimentaires graves et crédit pour personnes handicapées"). Nous vous rappelons que vous n'aurez pas besoin de loger un avis d'opposition (dans notre message du 18 avril 2003, on faisait référence à un tel avis mais cela visait à protéger les droits de vos clients car on ne connaissait pas encore la réaction des autorités fiscales. Or, l'ARC, notamment, a été relativement souple dans l'application du crédit lorsque les faits collaient bien à la décision Hamilton). Revenu Québec a été plus rigide, y allant même, dans certains cas, d'un questionnaire complètement stupide demandant de calculer les minutes supplémentaires que cela nécessitait pour la préparation des repas, etc. Notez cependant

que Revenu Québec, contrairement à ce qui est dit dans la décision Hamilton, ne tient pas compte du temps supplémentaire nécessaire à la recherche et l'achat des aliments (par exemple, lorsque le particulier fait son épicerie). Vous pouvez à cet effet consulter l'interprétation québécoise # 02-010595 du 30 juillet 2002 pour la position de Revenu Québec sur cette différence, qui, à notre avis, ne tient absolument pas la route par rapport à ce qui a été décidé dans la décision Hamilton.

Finalement, certains de nos participants nous ont fait remarquer que le médecin refusait parfois de signer les formulaires T2201 et TP-752.0.14 nécessaires à la réclamation. Un petit conseil. Faites-lui répondre "OUI" à la question "votre patient est-il limité de façon marquée dans sa capacité de se nourrir?" et faites-lui rajouter immédiatement à côté "au sens de la décision Hamilton" et remettez-lui une copie de cette décision. Utilisez si possible les formulaires des années précédentes. Cela devrait le satisfaire...



Centre fiscal
Jonquière QC G7S 5J1

Numéro de compte

M.

SAINT-HUBERT QC

Monsieur,

Objet : Montant pour personnes handicapées transféré de
votre fille pour les années 2001 et 2002

La présente fait suite à la réception du formulaire T2201 "Certificat pour le crédit d'impôt pour personnes handicapées" que vous avez soumis.

La décision d'accorder le montant pour personnes handicapées aux personnes admissibles ayant des restrictions alimentaires sévères découle d'une décision de la cour et s'applique **UNIQUEMENT** aux années d'imposition 2001 et 2002. Conformément à cette décision, et **UNIQUEMENT** pour ces années, les personnes ayant des restrictions alimentaires sévères qui nécessitent un temps excessif pour rechercher, acheter ou préparer des aliments pourraient se voir accorder le montant pour personnes handicapées.

Votre demande du crédit d'impôt pour personnes handicapées (CIPH) pour (la ou les) année(s) d'imposition 2001 et 2002 a été acceptée.

Pour les années d'imposition 2003 et suivantes, les personnes ayant des restrictions alimentaires sévères ne seront plus admissibles au montant pour personnes handicapées pour l'activité de se nourrir. La "Loi de l'impôt sur le revenu" a été modifiée en juin 2003 pour préciser les critères d'admissibilité relativement à l'activité "de se nourrir".

La loi modifiée exclut les activités qui consistent à identifier, à rechercher, à acheter ou à se procurer autrement des aliments. Elle précise aussi que le temps associé à l'activité de préparer de la nourriture sera pris en considération uniquement lorsqu'un temps excessif est requis en l'absence d'une restriction ou d'un

.../2

Canada

Centre fiscal de Jonquière
2251, boul. René-Lévesque
Jonquière QC G7S 5J2

Site Web : www.adrc.gc.ca

régime alimentaire. De plus, pour mieux tenir compte de certains coûts reliés aux handicaps ou déficiences, la liste des dépenses donnant droit au crédit d'impôt pour frais médicaux a été élargie pour qu'elle comprenne la somme supplémentaire qu'un particulier atteint de la maladie coeliaque exigeant une diète exempte de gluten doit déboursier pour des produits alimentaires sans gluten.

Lorsque nous aurons traité vos rajustements, nous vous enverrons des Avis de nouvelle cotisation.

Nous avons joint à cette lettre un formulaire T1-ADJ, Demande de redressement d'une T1. Ce formulaire a été conçu pour faciliter vos demandes de modifications. Veuillez le conserver pour l'utiliser lors d'une éventuelle demande de correction. Vous devrez, à ce moment, y joindre toutes les pièces justificatives et envoyer le tout au centre fiscal.

Si vous avez des questions concernant cette lettre, vous pouvez communiquer avec votre bureau des services fiscaux au 1-800-959-7383.

Veuillez agréer, Monsieur, nos salutations les meilleures.

Services à la clientèle

p.j.

**CENTRE QUÉBÉCOIS DE FORMATION
EN FISCALITÉ - CQFF INC.**

Société privée de formation en fiscalité

VOTRE BOÎTE AUX LETTRES – 26 FÉVRIER 2003

**DÉCISION HAMILTON EN FRANÇAIS ET EN ANGLAIS –
CRÉDIT POUR PERSONNES HANDICAPÉES**

Tel que convenu lors de la présentation du cours Déclarations fiscales 2002 qui s'est tenue à multiples reprises en février 2003, vous trouverez le lien Internet pour la décision Hamilton rendue par la Cour d'appel fédérale le 22 mars 2002 et ce, tant en français qu'en anglais. Vous pourrez ainsi l'imprimer dans la langue de votre choix pour la remettre à un client visé par une allergie alimentaire grave. Il est primordial que le client en fasse la lecture complète... et vous aussi!

Version française : <http://decisions.fct-cf.gc.ca/cf/2002/2002caf118.html>

Version anglaise : <http://decisions.fct-cf.gc.ca/fct/2002/2002fca118.html>

Finalement, notez que suite au budget fédéral du 18 février 2003, il ne sera plus possible, à compter de l'année d'imposition 2003, de réclamer le crédit pour personnes handicapées dans le cas d'une allergie alimentaire grave (sauf, peut-être, en de rarissimes situations que nous n'avons pas encore identifiées!).

Bref, la réclamation du crédit en 2002 pour une personne admissible visée par une allergie alimentaire grave constituera la dernière opportunité.

Il y a tout lieu de croire que le budget provincial qui sera dévoilé dans les prochaines semaines s'harmonisera à cet égard au budget fédéral du 18 février 2003.

Veillez imprimer cette page, percer les 3 trous et l'insérer par-dessus la page B-21 du cartable de cours Déclarations fiscales-2002.

Yves Chartrand, M.Fisc.

Centre québécois de formation en fiscalité - CQFF Inc.

Adresse de correspondance

CQFF INC.
1490, Kirouac
Laval, Québec H7G 2S1
Tél.: (450) 973-FISC - 3472 Téléc.: (450) 663-7054
Internet: www.cqff.com

CQFF INC.
1100, boul. René-Lévesque Ouest, 25^e étage
Montréal, Québec
H3B 5C9
Téléphone: (514) 333-FISC - 3472
Télécopieur: (450) 663-7054

CERTIFICAT POUR LE CRÉDIT D'IMPÔT POUR PERSONNES HANDICAPÉES

Remplissez ce formulaire pour demander le montant pour personnes handicapées.

Qu'est-ce que le montant pour personnes handicapées?

C'est un crédit d'impôt non remboursable que vous pouvez utiliser pour réduire le montant de l'impôt que vous devez payer. Vous pouvez peut-être transférer une partie ou la totalité de ce montant à votre époux ou conjoint de fait ou à la personne qui subvient à vos besoins.

Supplément

Pour les années 2000 et suivantes, un particulier qui avait moins de 18 ans à la fin de l'année et qui a droit au montant pour personnes handicapées peut demander un supplément ou transférer à son époux ou conjoint de fait, ou à la personne qui subvient à ses besoins, toute partie inutilisée de ce supplément. Toutefois, les frais de garde d'enfants et les frais de préposé aux soins que quelqu'un a demandés pour cette personne peuvent réduire le montant de ce supplément.

Qui peut demander le montant pour personnes handicapées?

Vous pouvez le demander si une **personne qualifiée** atteste que vous remplissez l'une des conditions suivantes :

- Vous êtes toujours ou presque toujours aveugle, même à l'aide de lentilles correctives ou de médicaments, et votre déficience est **prolongée**.
- Vous avez une déficience mentale ou physique grave qui vous **limite de façon marquée** dans une **activité courante de la vie quotidienne**, et votre déficience est **prolongée**.
- Vous devez suivre des **soins thérapeutiques essentiels au maintien de la vie**, tel que décrit sur cette page, et y consacrer spécifiquement du temps.

Ce ne sont pas toutes les personnes ayant une déficience qui peuvent demander le montant pour personnes handicapées. **Le fait de recevoir une pension d'invalidité en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, des prestations pour accident de travail ou d'autres genres de prestations d'assurance ou d'invalidité ne vous donne pas nécessairement droit à ce montant.** Ces régimes sont basés sur d'autres critères, tels que l'incapacité de travailler.

Quand avons-nous besoin du formulaire?

Si vous faites une nouvelle demande pour le montant pour personnes handicapées, vous devez remplir et nous envoyer le formulaire T2201, *Certificat pour le crédit d'impôt pour personnes handicapées*. Si nous vous avons déjà accordé ce montant, vous n'avez pas à nous envoyer un nouveau formulaire, sauf si la période d'approbation précédente s'est terminée ou si nous vous demandons de le faire. Vous devez aussi nous aviser si votre situation a changé. Par exemple, si nous vous avons avisé en 1999 que votre demande devra être réévaluée pour 2001, vous devrez nous envoyer un nouveau formulaire T2201 avec votre déclaration de 2001. Bien entendu, vous n'avez pas à nous envoyer un nouveau formulaire T2201 si vous ne demandez pas le montant pour personnes handicapées pour les années 2001 et suivantes.

Définitions

Personne qualifiée

Les personnes qualifiées sont des médecins, des optométristes, des audiologistes, des ergothérapeutes, des psychologues et des orthophonistes.

Quelles déficiences peuvent-elles attester?

Les médecins	Toutes
Les optométristes	Voir
Les audiologistes	Entendre
Les ergothérapeutes	Marcher, se nourrir et s'habiller
Les psychologues	Percevoir, réfléchir et se souvenir
Les orthophonistes	Parler

Déficience prolongée

Une déficience est prolongée si elle a duré ou s'il est raisonnable de s'attendre à ce qu'elle dure au moins 12 mois consécutifs.

Activités courantes de la vie quotidienne

Les activités courantes de la vie quotidienne sont les suivantes :

- marcher
- parler
- percevoir, réfléchir et se souvenir
- entendre
- se nourrir et s'habiller
- éliminer les déchets du corps humain

Les activités courantes de la vie quotidienne ne comprennent pas les activités générales telles que le travail, les travaux ménagers et les activités sociales ou récréatives.

Limité de façon marquée

Vous pouvez être limité de façon marquée si, même à l'aide d'appareils appropriés, de médicaments ou en suivant une thérapie (autre que des soins thérapeutiques essentiels au maintien de la vie), vous êtes toujours ou presque toujours incapable d'exécuter, ou vous prenez un temps excessif pour exécuter, une activité courante de la vie quotidienne.

Soins thérapeutiques essentiels au maintien de la vie

Vous avez peut-être besoin de suivre des soins thérapeutiques essentiels pour maintenir une fonction vitale, tels que le clapping (technique de percussion) pour améliorer la respiration ou la dialyse pour filtrer le sang. Pour les années 2000 et suivantes, vous avez peut-être droit au montant pour personnes handicapées si un médecin atteste que vous devez suivre ces soins thérapeutiques essentiels et y consacrer spécifiquement du temps, c'est-à-dire, pendant au moins 14 heures par semaine en moyenne, au moins trois fois par semaine. Le besoin de les suivre doit avoir duré ou on peut s'attendre à ce qu'il dure au moins 12 mois consécutifs. Les soins thérapeutiques essentiels ne comprennent pas les programmes de diètes, d'exercices, d'hygiène ou de médication, ni les appareils implantés comme un stimulateur.

Partie A – À remplir par le demandeur ou son représentant

Si vous répondez aux conditions d'admissibilité indiquées à la page précédente, vous ou votre représentant devez remplir la partie A de ce formulaire. **Il est très important de donner tous les renseignements demandés, y compris les cases pour la date de naissance et le numéro d'assurance sociale.** Ensuite, demandez à une personne qualifiée de remplir et de signer la partie B.

Joignez le formulaire T2201 dûment rempli à votre déclaration. Si vous avez déjà envoyé votre déclaration, envoyez le formulaire à votre centre fiscal. Nous acceptons une photocopie du formulaire seulement si elle porte la signature originale, et non photocopie de la personne qualifiée.

Conservez une copie de ce formulaire pour vos dossiers.

Nous examinerons votre demande **avant** d'établir la cotisation de votre déclaration. Le fait de nous fournir des renseignements incomplets ou inexacts pourrait retarder le traitement de votre déclaration ainsi que l'approbation du montant pour personnes handicapées auquel vous pourriez avoir droit. Nous pouvons demander à nos conseillers médicaux d'examiner votre demande pour déterminer si vous répondez aux conditions d'admissibilité. Par conséquent, il est possible qu'un conseiller médical communique avec vous, ou avec la personne qualifiée, pour obtenir plus de renseignements.

Vous êtes responsable de tous les frais exigés par la personne qualifiée pour remplir la partie B, car ils ne sont pas couverts par les régimes d'assurance-maladie provinciaux ou par l'Agence des douanes et du revenu du Canada.

6729

6730 **La personne handicapée est :**

1. Moi-même 2. Mon époux ou conjoint de fait 3. Autre (indiquez le lien) _____

Renseignements sur la personne handicapée

Nom et adresse

Date de naissance

Année Mois Jour

6732 | | | | | | | | | |

Numéro d'assurance sociale

6734 | | | | | | | | | |

Nom de jeune fille

Renseignements sur la personne qui demande le montant pour personnes handicapées (si différents)

Nom

Numéro d'assurance sociale

| | | | | | | | | |

La personne handicapée demeure-t-elle avec vous? **oui** **non**

Indiquez le **nom**, l'**adresse** et le **numéro de téléphone** de toute personne qualifiée (selon la définition à la page précédente) qui est au courant de l'évaluation de la déficience de la personne. Au besoin, annexez une feuille.

Autorisation

En tant que personne handicapée ou représentant autorisé, j'autorise toute personne qualifiée ayant des dossiers médicaux à divulguer les renseignements qu'elle détient à l'Agence des douanes et du revenu du Canada, afin qu'elle puisse déterminer si la personne qui a la déficience a droit au montant pour personnes handicapées.

Signez ici _____ **Téléphone** _____ **Date** _____

6744 **N'INSCRIVEZ RIEN ICI**

Partie B – À remplir par une personne qualifiée qui est au courant de la déficience du patient

Prenez soin de lire les conditions d'admissibilité à la page 1.

L'admissibilité au montant pour personnes handicapées dépend de la déficience fonctionnelle de votre patient et non du diagnostic médical. Votre patient **ne répond pas** aux conditions d'admissibilité si le fait de prendre des médicaments, d'utiliser un appareil approprié ou de suivre

une thérapie (autre que des soins thérapeutiques essentiels au maintien de la vie) enlève la limitation marquée d'une activité courante de la vie quotidienne.

Voir le verso si la **demande vise un enfant**.

Nom du patient _____

Répondez aux questions suivantes telles qu'elles s'appliquent à la déficience de votre patient.

■ Votre patient peut-il voir?

Répondez *non* uniquement si, même à l'aide de lentilles correctives ou de médicaments, votre patient est toujours ou presque toujours incapable de voir, c'est-à-dire que l'acuité visuelle des **deux** yeux avec des lentilles de réfraction appropriées est de 20/200 (6/60) ou moins sur la carte Snellen ou l'équivalent, ou si le plus grand diamètre du champ de vision des deux yeux est inférieur à 20 degrés

Quelle est l'acuité visuelle de votre patient après correction? _____

Oeil droit : _____ Oeil gauche : _____

Quel est le champ de vision de votre patient? (en degrés si possible) _____

Oeil droit : _____ Oeil gauche : _____

oui non 1

■ Votre patient peut-il marcher?

Répondez *non* uniquement si, même à l'aide d'appareils, de médicaments ou en suivant une thérapie, votre patient est toujours ou presque toujours incapable de marcher 50 mètres sur un terrain plat, ou s'il lui faut un temps excessif pour le faire.

Si vous répondez *non* et que votre patient est confiné à un lit ou à une chaise roulante, indiquez le nombre d'heures par jour (excluant les heures de sommeil) qu'il y est confiné? _____

oui non 2

■ Votre patient peut-il parler?

Répondez *non* uniquement si, même à l'aide d'appareils, de médicaments ou en suivant une thérapie, votre patient est toujours ou presque toujours incapable de parler de manière à se faire comprendre dans un environnement calme, ou s'il lui faut un temps excessif pour le faire. (Excluez les différences entre les langues.)

oui non 3

■ Votre patient est-il capable de percevoir, de réfléchir et de se souvenir?

Répondez *non* uniquement si, même à l'aide d'appareils, de médicaments ou en suivant une thérapie, votre patient est toujours ou presque toujours incapable de percevoir, de réfléchir ou de se souvenir. Par exemple, répondez *non* si votre patient ne peut pas s'occuper lui-même de ses soins personnels sans supervision continue.

oui non 4

■ Votre patient peut-il entendre?

Répondez *non* uniquement si, même à l'aide d'appareils, de médicaments ou en suivant une thérapie, votre patient est toujours ou presque toujours incapable d'entendre de manière à comprendre (sans lire sur les lèvres) une conversation orale dans un environnement calme. (Excluez les différences entre les langues.)

oui non 6

■ Votre patient peut-il se nourrir ou s'habiller lui-même?

Répondez *non* uniquement si, même à l'aide d'appareils, de médicaments ou en suivant une thérapie, votre patient est toujours ou presque toujours incapable de se nourrir ou de s'habiller, ou s'il lui faut un temps excessif pour le faire

se nourrir oui non 7

s'habiller oui non 7

■ Votre patient peut-il s'occuper lui-même de ses fonctions intestinales et urinaires?

Répondez *non* uniquement si, même à l'aide d'appareils, de médicaments ou en suivant une thérapie, votre patient est toujours ou presque toujours incapable de s'occuper lui-même de ses fonctions intestinales ou urinaires, ou s'il lui faut un temps excessif pour le faire. Par exemple, répondez *non* si votre patient a besoin de l'aide de quelqu'un sur une base quotidienne pour s'occuper de sa stomie

oui non 8

Soins thérapeutiques essentiels au maintien de la vie (pour les années 2000 et suivantes)

Si votre patient a besoin de suivre des soins thérapeutiques essentiels pour maintenir une fonction vitale (lisez la page 1), il a peut-être droit au montant pour personnes handicapées, même si les soins thérapeutiques essentiels soulagent sa condition. Votre patient doit suivre ces soins thérapeutiques essentiels et y consacrer spécifiquement du temps, c'est-à-dire, pendant au moins 14 heures par semaine en moyenne, au moins trois fois par semaine (**n'incluez pas** le temps utilisé pour les déplacements, les visites médicales et le temps de récupération nécessaire après un traitement).

Est-ce que votre patient répond aux conditions pour les soins thérapeutiques essentiels? oui 9 non

Si vous répondez *oui*, précisez le type de soins thérapeutiques : _____

N'INSCRIVEZ RIEN ICI 6742

ACVQ 1 2 3 4 6 7 8

Soins thérapeutiques essentiels 9

Partie B (suite) – Vous devez remplir les trois sections de cette page

Durée

Est-ce que la limitation marquée d'une activité courante de la vie quotidienne, la cécité ou le besoin de suivre des soins thérapeutiques essentiels de votre patient a duré ou est-il raisonnable de s'attendre à ce qu'il dure au moins 12 mois consécutifs? **oui** **non**

Si vous répondez *oui*, indiquez la date :

- où votre patient est devenu limité de façon marquée ou aveugle, **ou**
- que les soins thérapeutiques essentiels ont débuté 6738

--	--	--	--

--	--

Cette date **n'est pas** nécessairement la date où la condition a été diagnostiquée.

Est-il raisonnable de s'attendre à ce que la déficience s'améliore suffisamment de sorte que votre patient ne soit plus limité de façon marquée dans une activité courante de la vie quotidienne, aveugle ou n'ait plus besoin de suivre des soins thérapeutiques essentiels?

Si vous répondez *oui*, indiquez l'année où la limitation marquée, la cécité ou le besoin de suivre des soins thérapeutiques essentiels a cessé ou devrait cesser 6740

--	--	--	--

Année

Si vous répondez *non*, cochez cette case

Diagnostic

Indiquez, **en lettres majuscules**, le diagnostic médical relatif à la déficience, puis décrivez les limitations et les appareils utilisés. Annexe tout document ou renseignement que vous jugez important concernant la déficience de votre patient.

Attestation

En tant que **personne qualifiée**, j'atteste que, à ma connaissance, les renseignements fournis dans la partie B sont exacts et complets.

Signez ici _____

Nom en majuscules _____

Numéro de téléphone _____

Numéro de télécopieur _____

Date _____

Adresse

Cochez la case qui s'applique à votre situation :

- Médecin Optométriste Audiologiste Ergothérapeute Psychologue Orthophoniste

Demande visant un enfant

Si l'enfant est aveugle ou a besoin des soins thérapeutiques essentiels pour maintenir une fonction vitale, remplissez la partie B de la même façon que vous le feriez pour un adulte.

De la naissance à l'âge de trois ans, pour les déficiences liées aux activités courantes de la vie quotidienne, évaluez le développement progressif de l'enfant par rapport au profil de développement normal. Habituellement, un parent ou un tuteur légal aide l'enfant à accomplir les activités courantes de la vie quotidienne jusqu'à ce qu'il ait trois ans. Toutefois, si la

déficience est évidente ou attestée médicalement, vous pouvez faire une évaluation avant que l'enfant n'ait atteint cet âge. Après l'âge de trois ans, évaluez l'effet de la déficience sur la capacité de l'enfant à exécuter les activités courantes de la vie quotidienne.

Frais

Votre patient est responsable de tous les frais que vous exigez pour remplir ce formulaire. Ces frais ne sont pas couverts par les régimes d'assurance-maladie provinciaux ou par l'Agence.

Attestation de déficience Renseignements pour le particulier

Tout **particulier** qui inscrit un montant dans sa déclaration de revenus (ligne 376, 381, 386, 455 ou 462) parce que lui-même, son conjoint ou une personne à sa charge a une déficience mentale ou physique grave et prolongée, doit joindre l'*Attestation de déficience* dûment remplie à sa déclaration.

Ce formulaire sert à attester que, pendant une période prolongée, une personne est atteinte d'une déficience mentale ou physique **grave**, c'est-à-dire

- que même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils ou de médicaments appropriés, elle est toujours ou presque toujours (au moins 90 % du temps)
 - incapable de voir,
 - ou incapable d'accomplir une activité courante de la vie de tous les jours (parler, entendre, marcher, éliminer, se nourrir, s'habiller, percevoir, réfléchir et se souvenir) ou qu'il lui faut un temps excessif pour le faire. À noter que le travail rémunéré, les activités sociales ou récréatives et les travaux ménagers ne sont pas considérés comme une activité courante de la vie de tous les jours ;
- ou qu'en raison d'une maladie chronique, elle reçoit au moins deux fois par semaine des soins thérapeutiques prescrits par un médecin (ces soins excluent ceux qui peuvent avoir un effet bénéfique sur des personnes qui ne sont pas atteintes d'une telle maladie, par exemple un programme d'exercices) qui
 - sont essentiels au maintien de l'une de ses fonctions vitales,
 - exigent qu'elle y consacre au total au moins 14 heures par semaine (incluant le temps pour les déplacements, les visites médicales et la récupération nécessaire après un traitement).

Une personne peut recevoir une rente d'invalidité en vertu du Régime de rentes du Québec (RRQ) ou d'autres prestations semblables sans être pour autant considérée, en vertu de la *Loi sur les impôts*, comme une personne ayant une déficience mentale ou physique grave et prolongée.

La déficience mentale ou physique grave est considérée comme **prolongée** lorsque l'incapacité qui en résulte dure depuis au moins 12 mois continus ou que, si elle a commencé dans l'année, il est raisonnable de s'attendre à ce qu'elle se poursuive sans interruption pendant au moins 12 mois. Les déficiences qui durent moins de 12 mois ou qui entraînent des incapacités intermittentes ne sont pas considérées comme prolongées.

Le particulier ou son représentant doit remplir la partie I de l'attestation. Par la suite, il doit demander à l'un des professionnels de la santé suivants de remplir la partie II :

- un médecin ;
- un médecin ou un optométriste, s'il s'agit d'une incapacité visuelle ;
- un médecin ou un orthophoniste, s'il s'agit d'une incapacité à parler ;
- un médecin ou un audiologiste, s'il s'agit d'une incapacité auditive ;
- un médecin ou un ergothérapeute, s'il s'agit de l'incapacité de marcher ou de se nourrir et de s'habiller ;
- un médecin ou un psychologue, s'il s'agit de l'incapacité de percevoir, de réfléchir et de se souvenir.

IMPORTANT

Un particulier pourra inscrire dans sa déclaration un montant pour déficience mentale ou physique grave et prolongée uniquement si un des professionnels mentionnés ci-dessus répond **oui** à l'une des questions 1 à 8 et **oui** à la question 9 du formulaire d'attestation.

Dans le cas où la déficience est permanente, il n'est pas nécessaire de produire une autre attestation pour les années subséquentes, sauf si le Ministère en demande une nouvelle ou que l'état de la personne ayant la déficience s'est amélioré depuis la dernière fois qu'une telle attestation a été produite.

Le ministère du Revenu pourrait demander l'avis d'un organisme afin qu'il puisse déterminer si la personne ayant fait l'objet d'une attestation a une déficience mentale ou physique grave et prolongée. Si un tel avis est requis, la personne devra, sur demande du Ministère

- **lui transmettre** les renseignements nécessaires contenus dans son dossier médical, et **l'autoriser** à les communiquer à l'organisme ;
- ou **autoriser** le professionnel de la santé qui a son dossier médical à communiquer au Ministère et à l'organisme les renseignements nécessaires qui s'y trouvent.

Pour obtenir plus d'information sur les déductions et les crédits d'impôt relatifs à une déficience, veuillez consulter le document *Les personnes handicapées et la fiscalité* (IN-133).

Attestation de déficience

Ce formulaire s'adresse à tout particulier qui doit fournir une attestation confirmant que lui-même, son conjoint ou une personne à sa charge est atteint d'une déficience mentale ou physique grave et prolongée.

I – Identification

Cette partie doit être remplie par le particulier ou son représentant.

		Année(s) d'imposition : _____	
10	Nom du particulier	11	Prénom
		12	Numéro d'assurance sociale
13	Nom légal de la personne ayant une déficience (s'il ne s'agit pas du particulier)	14	Prénom
		15	Numéro d'assurance sociale
Lien avec le particulier		16	<input type="checkbox"/> conjoint
		17	<input type="checkbox"/> autre (indiquez le lien) : _____
		18	Date de naissance
			année mois jour

II – Précision sur la déficience

Cette partie doit être remplie par le **médecin**. Elle peut également l'être par d'autres professionnels de la santé tels l'**optométriste** (s'il s'agit d'une incapacité visuelle), l'**orthophoniste** (s'il s'agit d'une incapacité à parler), l'**audiologiste** (s'il s'agit d'une incapacité auditive), l'**ergothérapeute** (s'il s'agit de l'incapacité de marcher ou de se nourrir et de s'habiller) ou le **psychologue** (s'il s'agit de l'incapacité de percevoir, de réfléchir et de se souvenir).

Ce formulaire sert à attester que, pendant une période d'au moins 12 mois continus, une personne est atteinte d'une déficience mentale ou physique **grave**, c'est-à-dire

- que même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils ou de médicaments appropriés, elle est toujours ou presque toujours (au moins 90 % du temps)
 - incapable de voir,
 - ou incapable d'accomplir une activité courante de la vie de tous les jours (parler, entendre, marcher, éliminer, se nourrir, s'habiller, percevoir, réfléchir et se souvenir) ou qu'il lui faut un temps excessif pour le faire. À noter que le travail rémunéré, les activités sociales ou récréatives et les travaux ménagers ne sont pas considérés comme une activité courante de la vie de tous les jours ;
- ou qu'en raison d'une maladie chronique, cette personne reçoit au moins deux fois par semaine des soins thérapeutiques prescrits par un médecin (ces soins excluent ceux qui peuvent avoir un effet bénéfique sur des personnes qui ne sont pas atteintes d'une telle maladie, par exemple un programme d'exercices) qui
 - sont essentiels au maintien de l'une de ses fonctions vitales,
 - exigent qu'elle y consacre au total au moins 14 heures par semaine (incluant le temps pour les déplacements, les visites médicales et la récupération nécessaire après un traitement).

Une personne peut recevoir une rente d'invalidité en vertu du Régime de rentes du Québec (RRQ) ou d'autres prestations semblables sans être pour autant considérée, en vertu de la *Loi sur les impôts*, comme une personne ayant une déficience mentale ou physique grave et prolongée.

L'admissibilité au montant pour déficience mentale ou physique grave et prolongée dépend de la limitation fonctionnelle du patient et non du diagnostic s'y rapportant.

Lorsqu'un enfant est évalué, le professionnel de la santé doit

- de la naissance à 3 ans, comparer son développement progressif à celui d'autres enfants du même groupe d'âge n'ayant pas la déficience en question ;
- après l'âge de 3 ans, tenir compte de l'effet de la déficience sur sa capacité d'accomplir les activités courantes de la vie de tous les jours.

Si l'enfant doit être réévalué après l'âge de 3 ans, il faut indiquer à la question 9, « Durée de la déficience grave », qu'il s'agit d'une déficience **temporaire**.

Veuillez répondre à toutes les questions.	Limitée de façon marquée	Non évaluée
<p>1. Voir – La capacité de voir de votre patient est-elle limitée de façon marquée ? Répondez oui uniquement si, même à l'aide de verres correcteurs ou de médicaments, votre patient est incapable de voir. Le Ministère considère que la capacité de votre patient est limitée de façon marquée s'il est aveugle ou s'il a un déficit visuel bilatéral qui se manifeste par une acuité visuelle de 20/200 ou moins après correction dans le meilleur œil, ou par un champ visuel de 20 degrés ou moins dans le meilleur œil.</p>	20 <input type="checkbox"/> Oui 21 <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>
<p>2. Parler – La capacité de parler de votre patient est-elle limitée de façon marquée ? Répondez oui uniquement si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils ou de médicaments, votre patient est toujours ou presque toujours incapable d'utiliser la parole de manière à se faire comprendre dans un environnement calme, ou s'il lui faut un temps excessif pour le faire.</p>	22 <input type="checkbox"/> Oui 23 <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>
<p>3. Entendre – La capacité d'entendre de votre patient est-elle limitée de façon marquée ? Répondez oui uniquement si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils ou de médicaments, votre patient est toujours ou presque toujours incapable d'entendre de manière à comprendre (sans lire sur les lèvres) une conversation orale dans un environnement calme.</p>	24 <input type="checkbox"/> Oui 25 <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>
<p>4. Marcher – La capacité de marcher de votre patient est-elle limitée de façon marquée ? Répondez oui uniquement si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils ou de médicaments, votre patient est toujours ou presque toujours incapable de marcher ou s'il lui faut un temps excessif pour le faire. Le Ministère considère que la capacité de votre patient est limitée de façon marquée s'il est incapable de marcher environ 100 mètres, ou qu'il doit s'arrêter pour cause d'essoufflement en marchant à son propre rythme sur un terrain plat.</p>	26 <input type="checkbox"/> Oui 27 <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>
<p>5. Éliminer – La capacité d'éliminer de votre patient est-elle limitée de façon marquée ? Répondez oui uniquement si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils ou de médicaments, votre patient est toujours ou presque toujours incapable d'accomplir les fonctions d'évacuation intestinale ou vésicale. Le Ministère considère que la capacité de votre patient est limitée de façon marquée s'il est toujours ou presque toujours incontinent. Cette capacité n'est pas nécessairement considérée comme limitée de façon marquée s'il a une stomie simple.</p>	28 <input type="checkbox"/> Oui 29 <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>
<p>6. Se nourrir et s'habiller – La capacité de se nourrir et de s'habiller de votre patient est-elle limitée de façon marquée ? Répondez oui uniquement si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils ou de médicaments, votre patient est toujours ou presque toujours incapable de manger et de s'habiller sans l'aide de quelqu'un ou s'il lui faut un temps excessif pour le faire. Le Ministère considère que la capacité de votre patient est limitée de façon marquée s'il devient essoufflé à s'habiller ou s'il est incapable de faire usage de ses membres supérieurs pour se nourrir ou s'habiller.</p>	30 <input type="checkbox"/> Oui 31 <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>
<p>7. Percevoir, réfléchir et se souvenir – La capacité de votre patient de percevoir, de réfléchir et de se souvenir est-elle limitée de façon marquée ? Répondez oui uniquement si, même à l'aide de soins thérapeutiques ou de médicaments, votre patient est toujours ou presque toujours incapable de percevoir, de réfléchir ou de se souvenir ou s'il lui faut un temps excessif pour le faire. Le Ministère considère que la capacité de votre patient est limitée de façon marquée s'il n'a pas la capacité intellectuelle de voir à ses besoins personnels (se procurer de la nourriture, des vêtements, etc.) ou de s'occuper de ses soins personnels (se nourrir, voir à son hygiène corporelle, s'habiller, etc.) sans supervision.</p>	32 <input type="checkbox"/> Oui 33 <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>
<p>8. Temps consacré aux soins thérapeutiques – En raison d'une maladie chronique, votre patient doit-il consacrer du temps à des soins thérapeutiques, prescrits par un médecin, qui sont essentiels au maintien de l'une de ses fonctions vitales ? Répondez oui uniquement si votre patient reçoit au moins deux fois par semaine les soins thérapeutiques prescrits (ces soins excluent ceux qui peuvent avoir un effet bénéfique sur des personnes qui ne sont pas atteintes d'une telle maladie, par exemple un programme d'exercices) et s'il doit y consacrer au total au moins 14 heures par semaine (incluant le temps pour les déplacements, les visites médicales et la récupération nécessaire après un traitement).</p>	34 <input type="checkbox"/> Oui 35 <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>

<p>9. Durée de la déficience grave – Si vous avez répondu oui à l'une des questions 1 à 8, est-ce que la déficience de votre patient dure depuis au moins 12 mois continus ou, si elle a commencé dans l'année, est-il raisonnable de s'attendre à ce qu'elle se poursuive sans interruption pendant au moins 12 mois ?</p>	36 <input type="checkbox"/> Oui 37 <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>									
<table border="0"> <tr> <td data-bbox="126 1421 365 1496">Date du début de la déficience grave</td> <td data-bbox="500 1421 657 1452">Type de déficience</td> <td data-bbox="824 1421 1096 1474">Date réelle ou probable de la fin de la déficience temporaire</td> </tr> <tr> <td data-bbox="126 1474 365 1517">année mois</td> <td data-bbox="500 1474 657 1496">39 <input type="checkbox"/> permanente</td> <td data-bbox="824 1474 1096 1517">année mois</td> </tr> <tr> <td data-bbox="126 1517 365 1539">38 _____</td> <td data-bbox="500 1517 657 1539">40 <input type="checkbox"/> temporaire*</td> <td data-bbox="824 1517 1096 1539">41 _____</td> </tr> </table> <p>* Si la durée de la déficience ne peut être définie, cochez cette case.</p>	Date du début de la déficience grave	Type de déficience	Date réelle ou probable de la fin de la déficience temporaire	année mois	39 <input type="checkbox"/> permanente	année mois	38 _____	40 <input type="checkbox"/> temporaire*	41 _____		
Date du début de la déficience grave	Type de déficience	Date réelle ou probable de la fin de la déficience temporaire									
année mois	39 <input type="checkbox"/> permanente	année mois									
38 _____	40 <input type="checkbox"/> temporaire*	41 _____									

Décrivez la déficience de votre patient et l'incapacité qui en résulte.

Signature

Moi, _____ Ind. rég. _____ Téléphone _____
Nom du professionnel de la santé

J'atteste que les renseignements fournis dans ce formulaire sont exacts et complets.

Signature du professionnel de la santé

Date

Numéro du permis provincial



EXEMPLE COMPLÉTÉ



Agence des douanes
et du revenu du Canada

Canada Customs
and Revenue Agency

CERTIFICAT POUR LE CRÉDIT D'IMPÔT POUR PERSONNES HANDICAPÉES

Remplissez ce formulaire pour demander le montant pour personnes handicapées.

Qu'est-ce que le montant pour personnes handicapées?

C'est un crédit d'impôt non remboursable que vous pouvez utiliser pour réduire le montant de l'impôt que vous devez payer. Vous pouvez peut-être transférer une partie ou la totalité de ce montant à votre époux ou conjoint de fait ou à la personne qui subvient à vos besoins.

Supplément

Pour les années 2000 et suivantes, un particulier qui avait moins de 18 ans à la fin de l'année et qui a droit au montant pour personnes handicapées peut demander un supplément ou transférer à son époux ou conjoint de fait, ou à la personne qui subvient à ses besoins, toute partie inutilisée de ce supplément. Toutefois, les frais de garde d'enfants et les frais de préposé aux soins que quelqu'un a demandés pour cette personne peuvent réduire le montant de ce supplément.

Qui peut demander le montant pour personnes handicapées?

Vous pouvez le demander si une **personne qualifiée** atteste que vous remplissez l'**une** des conditions suivantes :

- Vous êtes toujours ou presque toujours aveugle, même à l'aide de lentilles correctives ou de médicaments, et votre déficience est **prolongée**.
- Vous avez une déficience mentale ou physique grave qui vous **limite de façon marquée** dans une **activité courante de la vie quotidienne**, et votre déficience est **prolongée**.
- Vous devez suivre des **soins thérapeutiques essentiels au maintien de la vie**, tel que décrit sur cette page, et y consacrer spécifiquement du temps.

Ce ne sont pas toutes les personnes ayant une déficience qui peuvent demander le montant pour personnes handicapées. **Le fait de recevoir une pension d'invalidité en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, des prestations pour accident de travail ou d'autres genres de prestations d'assurance ou d'invalidité ne vous donne pas nécessairement droit à ce montant.** Ces régimes sont basés sur d'autres critères, tels que l'incapacité de travailler.

Quand avons-nous besoin du formulaire?

Si vous faites une nouvelle demande pour le montant pour personnes handicapées, vous devez remplir et nous envoyer le formulaire T2201, *Certificat pour le crédit d'impôt pour personnes handicapées*. Si nous vous avons déjà accordé ce montant, vous n'avez pas à nous envoyer un nouveau formulaire, sauf si la période d'approbation précédente s'est terminée ou si nous vous demandons de le faire. Vous devez aussi nous aviser si votre situation a changé. Par exemple, si nous vous avons avisé en 1999 que votre demande devra être réévaluée pour 2001, vous devrez nous envoyer un nouveau formulaire T2201 avec votre déclaration de 2001. Bien entendu, vous n'avez pas à nous envoyer un nouveau formulaire T2201 si vous ne demandez pas le montant pour personnes handicapées pour les années 2001 et suivantes.

Définitions

Personne qualifiée

Les personnes qualifiées sont des médecins, des optométristes, des audiologistes, des ergothérapeutes, des psychologues et des orthophonistes.

Quelles déficiences peuvent-elles attester?

Les médecins	Toutes
Les optométristes	Voir
Les audiologistes	Entendre
Les ergothérapeutes	Marcher, se nourrir et s'habiller
Les psychologues	Percevoir, réfléchir et se souvenir
Les orthophonistes	Parler

Déficience prolongée

Une déficience est prolongée si elle a duré ou s'il est raisonnable de s'attendre à ce qu'elle dure au moins 12 mois consécutifs.

Activités courantes de la vie quotidienne

Les activités courantes de la vie quotidienne sont les suivantes :

- marcher
- parler
- percevoir, réfléchir et se souvenir
- entendre
- se nourrir et s'habiller
- éliminer les déchets du corps humain

Les activités courantes de la vie quotidienne ne comprennent pas les activités générales telles que le travail, les travaux ménagers et les activités sociales ou récréatives.

Limité de façon marquée

Vous pouvez être limité de façon marquée si, même à l'aide d'appareils appropriés, de médicaments ou en suivant une thérapie (autre que des soins thérapeutiques essentiels au maintien de la vie), vous êtes toujours ou presque toujours incapable d'exécuter, ou vous prenez un temps excessif pour exécuter, une activité courante de la vie quotidienne.

Soins thérapeutiques essentiels au maintien de la vie

Vous avez peut-être besoin de suivre des soins thérapeutiques essentiels pour maintenir une fonction vitale, tels que le clapping (technique de percussion) pour améliorer la respiration ou la dialyse pour filtrer le sang. Pour les années 2000 et suivantes, vous avez peut-être droit au montant pour personnes handicapées si un médecin atteste que vous devez suivre ces soins thérapeutiques essentiels et y consacrer spécifiquement du temps, c'est-à-dire, pendant au moins 14 heures par semaine en moyenne, au moins trois fois par semaine. Le besoin de les suivre doit avoir duré ou on peut s'attendre à ce qu'il dure au moins 12 mois consécutifs. Les soins thérapeutiques essentiels ne comprennent pas les programmes de diètes, d'exercices, d'hygiène ou de médication, ni les appareils implantés comme un stimulateur.

Partie A – À remplir par le demandeur ou son représentant

Si vous répondez aux conditions d'admissibilité indiquées à la page précédente, vous ou votre représentant devez remplir la partie A de ce formulaire. **Il est très important de donner tous les renseignements demandés, y compris les cases pour la date de naissance et le numéro d'assurance sociale.** Ensuite, demandez à une personne qualifiée de remplir et de signer la partie B.

Joignez le formulaire T2201 dûment rempli à votre déclaration. Si vous avez déjà envoyé votre déclaration, envoyez le formulaire à votre centre fiscal. Nous acceptons une photocopie du formulaire seulement si elle porte la signature originale, et non photocopie de la personne qualifiée.

Conservez une copie de ce formulaire pour vos dossiers.

Nous examinerons votre demande **avant** d'établir la cotisation de votre déclaration. Le fait de nous fournir des renseignements incomplets ou inexacts pourrait retarder le traitement de votre déclaration ainsi que l'approbation du montant pour personnes handicapées auquel vous pourriez avoir droit. Nous pouvons demander à nos conseillers médicaux d'examiner votre demande pour déterminer si vous répondez aux conditions d'admissibilité. Par conséquent, il est possible qu'un conseiller médical communique avec vous, ou avec la personne qualifiée, pour obtenir plus de renseignements.

Vous êtes responsable de tous les frais exigés par la personne qualifiée pour remplir la partie B, car ils ne sont pas couverts par les régimes d'assurance-maladie provinciaux ou par l'Agence des douanes et du revenu du Canada.

6729

6730 **La personne handicapée est :**

1. Moi-même 2. Mon époux ou conjoint de fait 3. Autre (indiquez le lien) _____

Renseignements sur la personne handicapée

Nom et adresse

Date de naissance

Année Mois Jour

6732 | | | | | | | | | |

Numéro d'assurance sociale

6734 | | | | | | | | | |

Nom de jeune fille

Renseignements sur la personne qui demande le montant pour personnes handicapées (si différents)

Nom

Numéro d'assurance sociale

| | | | | | | | | |

La personne handicapée demeure-t-elle avec vous? **oui** **non**

Indiquez le **nom**, l'**adresse** et le **numéro de téléphone** de toute personne qualifiée (selon la définition à la page précédente) qui est au courant de l'évaluation de la déficience de la personne. Au besoin, annexe une feuille.

Autorisation

En tant que personne handicapée ou représentant autorisé, j'autorise toute personne qualifiée ayant des dossiers médicaux à divulguer les renseignements qu'elle détient à l'Agence des douanes et du revenu du Canada, afin qu'elle puisse déterminer si la personne qui a la déficience a droit au montant pour personnes handicapées.

Signez ici _____ Téléphone _____ | _____ Date _____

6744 **N'INSCRIVEZ RIEN ICI**

Partie B – À remplir par une personne qualifiée qui est au courant de la déficience du patient

Prenez soin de lire les conditions d'admissibilité à la page 1.

L'admissibilité au montant pour personnes handicapées dépend de la déficience fonctionnelle de votre patient et non du diagnostic médical. Votre patient **ne répond pas** aux conditions d'admissibilité si le fait de prendre des médicaments, d'utiliser un appareil approprié ou de suivre

une thérapie (autre que des soins thérapeutiques essentiels au maintien de la vie) enlève la limitation marquée d'une activité courante de la vie quotidienne.

Voir le verso si la **demande vise un enfant**.

Nom du patient _____

Répondez aux questions suivantes telles qu'elles s'appliquent à la déficience de votre patient.

■ Votre patient peut-il voir?

Répondez *non* uniquement si, même à l'aide de lentilles correctives ou de médicaments, votre patient est toujours ou presque toujours incapable de voir, c'est-à-dire que l'acuité visuelle des **deux** yeux avec des lentilles de réfraction appropriées est de 20/200 (6/60) ou moins sur la carte Snellen ou l'équivalent, ou si le plus grand diamètre du champ de vision des deux yeux est inférieur à 20 degrés

oui non 1

Quelle est l'acuité visuelle de votre patient après correction? _____

Oeil droit : _____ Oeil gauche : _____

Quel est le champ de vision de votre patient? (en degrés si possible) _____

Oeil droit : _____ Oeil gauche : _____

■ Votre patient peut-il marcher?

Répondez *non* uniquement si, même à l'aide d'appareils, de médicaments ou en suivant une thérapie, votre patient est toujours ou presque toujours incapable de marcher 50 mètres sur un terrain plat, ou s'il lui faut un temps excessif pour le faire.

oui non 2

Si vous répondez *non* et que votre patient est confiné à un lit ou à une chaise roulante, indiquez le nombre d'heures par jour (excluant les heures de sommeil) qu'il y est confiné? _____

■ Votre patient peut-il parler?

Répondez *non* uniquement si, même à l'aide d'appareils, de médicaments ou en suivant une thérapie, votre patient est toujours ou presque toujours incapable de parler de manière à se faire comprendre dans un environnement calme, ou s'il lui faut un temps excessif pour le faire. (Excluez les différences entre les langues.)

oui non 3

■ Votre patient est-il capable de percevoir, de réfléchir et de se souvenir?

Répondez *non* uniquement si, même à l'aide d'appareils, de médicaments ou en suivant une thérapie, votre patient est toujours ou presque toujours incapable de percevoir, de réfléchir ou de se souvenir. Par exemple, répondez *non* si votre patient ne peut pas s'occuper lui-même de ses soins personnels sans supervision continue.

oui non 4

■ Votre patient peut-il entendre?

Répondez *non* uniquement si, même à l'aide d'appareils, de médicaments ou en suivant une thérapie, votre patient est toujours ou presque toujours incapable d'entendre de manière à comprendre (sans lire sur les lèvres) une conversation orale dans un environnement calme. (Excluez les différences entre les langues.)

oui non 6

■ Votre patient peut-il se nourrir ou s'habiller lui-même?

Répondez *non* uniquement si, même à l'aide d'appareils, de médicaments ou en suivant une thérapie, votre patient est toujours ou presque toujours incapable de se nourrir ou de s'habiller, ou s'il lui faut un temps excessif pour le faire

se nourrir oui non 7

s'habiller oui non 7

■ Votre patient peut-il s'occuper lui-même de ses fonctions intestinales et urinaires?

Répondez *non* uniquement si, même à l'aide d'appareils, de médicaments ou en suivant une thérapie, votre patient est toujours ou presque toujours incapable de s'occuper lui-même de ses fonctions intestinales ou urinaires, ou s'il lui faut un temps excessif pour le faire. Par exemple, répondez *non* si votre patient a besoin de l'aide de quelqu'un sur une base quotidienne pour s'occuper de sa stomie

oui non 8

Soins thérapeutiques essentiels au maintien de la vie (pour les années 2000 et suivantes)

Si votre patient a besoin de suivre des soins thérapeutiques essentiels pour maintenir une fonction vitale (lisez la page 1), il a peut-être droit au montant pour personnes handicapées, même si les soins thérapeutiques essentiels soulagent sa condition. Votre patient doit suivre ces soins thérapeutiques essentiels et y consacrer spécifiquement du temps, c'est-à-dire, pendant au moins 14 heures par semaine en moyenne, au moins trois fois par semaine (n'incluez pas le temps utilisé pour les déplacements, les visites médicales et le temps de récupération nécessaire après un traitement).

Est-ce que votre patient répond aux conditions pour les soins thérapeutiques essentiels? oui 9 non

Si vous répondez *oui*, précisez le type de soins thérapeutiques :

N'INSCRIVEZ RIEN ICI 6742

ACVQ 1 2 3 4 6 7 8

Soins thérapeutiques essentiels 9

Partie B (suite) – Vous devez remplir les trois sections de cette page

Durée

Est-ce que la limitation marquée d'une activité courante de la vie quotidienne, la cécité ou le besoin de suivre des soins thérapeutiques essentiels de votre patient a duré ou est-il raisonnable de s'attendre à ce qu'il dure au moins 12 mois consécutifs?

oui non

Si vous répondez *oui*, indiquez la date :

• où votre patient est devenu limité de façon marquée ou aveugle, ou

• que les soins thérapeutiques essentiels ont débuté

6738

Année

Mois

Cette date **n'est pas** nécessairement la date où la condition a été diagnostiquée.

Est-il raisonnable de s'attendre à ce que la déficience s'améliore suffisamment de sorte que votre patient ne soit plus limité de façon marquée dans une activité courante de la vie quotidienne, aveugle ou n'ait plus besoin de suivre des soins thérapeutiques essentiels?

Si vous répondez *oui*, indiquez l'année où la limitation marquée, la cécité ou le besoin de suivre des soins thérapeutiques essentiels a cessé ou devrait cesser

6740

Année

Si vous répondez *non*, cochez cette case



Diagnostic

Indiquez, **en lettres majuscules**, le diagnostic médical relatif à la déficience, puis décrivez les limitations et les appareils utilisés. Annexe tout document ou renseignement que vous jugez important concernant la déficience de votre patient.

ALLERGIES ALIMENTAIRES GRAVES, NOIX ET ARACHIDES, NECESSITE PLUSIEURS HEURES DE PREPARATION DES REPAS, CONTAMINATION CROISEE A EVITER, ETC.

Attestation

En tant que **personne qualifiée**, j'atteste que, à ma connaissance, les renseignements fournis dans la partie B sont exacts et complets.

Signez ici

Nom en majuscules

Numéro de téléphone

Numéro de télécopieur

Date

Adresse

Cochez la case qui s'applique à votre situation :

Médecin

Optométriste

Audiologiste

Ergothérapeute

Psychologue

Orthophoniste

Demande visant un enfant

Si l'enfant est aveugle ou a besoin des soins thérapeutiques essentiels pour maintenir une fonction vitale, remplissez la partie B de la même façon que vous le feriez pour un adulte.

De la naissance à l'âge de trois ans, pour les déficiences liées aux activités courantes de la vie quotidienne, évaluez le développement progressif de l'enfant par rapport au profil de développement normal. Habituellement, un parent ou un tuteur légal aide l'enfant à accomplir les activités courantes de la vie quotidienne jusqu'à ce qu'il ait trois ans. Toutefois, si la

déficience est évidente ou attestée médicalement, vous pouvez faire une évaluation avant que l'enfant n'ait atteint cet âge. Après l'âge de trois ans, évaluez l'effet de la déficience sur la capacité de l'enfant à exécuter les activités courantes de la vie quotidienne.

Frais

Votre patient est responsable de tous les frais que vous exigez pour remplir ce formulaire. Ces frais ne sont pas couverts par les régimes d'assurance-maladie provinciaux ou par l'Agence.



Attestation de déficience

Renseignements pour le particulier

Tout **particulier** qui inscrit un montant dans sa déclaration de revenus (ligne 376, 381, 386, 455 ou 462) parce que lui-même, son conjoint ou une personne à sa charge a une déficience mentale ou physique grave et prolongée, doit joindre l'*Attestation de déficience* dûment remplie à sa déclaration.

Ce formulaire sert à attester que, pendant une période prolongée, une personne est atteinte d'une déficience mentale ou physique **grave**, c'est-à-dire

- que même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils ou de médicaments appropriés, elle est toujours ou presque toujours (au moins 90 % du temps)
 - incapable de voir,
 - ou incapable d'accomplir une activité courante de la vie de tous les jours (parler, entendre, marcher, éliminer, se nourrir, s'habiller, percevoir, réfléchir et se souvenir) ou qu'il lui faut un temps excessif pour le faire. À noter que le travail rémunéré, les activités sociales ou récréatives et les travaux ménagers ne sont pas considérés comme une activité courante de la vie de tous les jours ;
- ou qu'en raison d'une maladie chronique, elle reçoit au moins deux fois par semaine des soins thérapeutiques prescrits par un médecin (ces soins excluent ceux qui peuvent avoir un effet bénéfique sur des personnes qui ne sont pas atteintes d'une telle maladie, par exemple un programme d'exercices) qui
 - sont essentiels au maintien de l'une de ses fonctions vitales,
 - exigent qu'elle y consacre au total au moins 14 heures par semaine (incluant le temps pour les déplacements, les visites médicales et la récupération nécessaire après un traitement).

Une personne peut recevoir une rente d'invalidité en vertu du Régime de rentes du Québec (RRQ) ou d'autres prestations semblables sans être pour autant considérée, en vertu de la *Loi sur les impôts*, comme une personne ayant une déficience mentale ou physique grave et prolongée.

La déficience mentale ou physique grave est considérée comme **prolongée** lorsque l'incapacité qui en résulte dure depuis au moins 12 mois continus ou que, si elle a commencé dans l'année, il est raisonnable de s'attendre à ce qu'elle se poursuive sans interruption pendant au moins 12 mois. Les déficiences qui durent moins de 12 mois ou qui entraînent des incapacités intermittentes ne sont pas considérées comme prolongées.

Le particulier ou son représentant doit remplir la partie I de l'attestation. Par la suite, il doit demander à l'un des professionnels de la santé suivants de remplir la partie II :

- un médecin ;
- un médecin ou un optométriste, s'il s'agit d'une incapacité visuelle ;
- un médecin ou un orthophoniste, s'il s'agit d'une incapacité à parler ;
- un médecin ou un audiologiste, s'il s'agit d'une incapacité auditive ;
- un médecin ou un ergothérapeute, s'il s'agit de l'incapacité de marcher ou de se nourrir et de s'habiller ;
- un médecin ou un psychologue, s'il s'agit de l'incapacité de percevoir, de réfléchir et de se souvenir.

IMPORTANT

Un particulier pourra inscrire dans sa déclaration un montant pour déficience mentale ou physique grave et prolongée uniquement si un des professionnels mentionnés ci-dessus répond **oui** à l'une des questions 1 à 8 et **oui** à la question 9 du formulaire d'attestation.

Dans le cas où la déficience est permanente, il n'est pas nécessaire de produire une autre attestation pour les années subséquentes, sauf si le Ministère en demande une nouvelle ou que l'état de la personne ayant la déficience s'est amélioré depuis la dernière fois qu'une telle attestation a été produite.

Le ministère du Revenu pourrait demander l'avis d'un organisme afin qu'il puisse déterminer si la personne ayant fait l'objet d'une attestation a une déficience mentale ou physique grave et prolongée. Si un tel avis est requis, la personne devra, sur demande du Ministère

- **lui transmettre** les renseignements nécessaires contenus dans son dossier médical, et l'**autoriser** à les communiquer à l'organisme ;
- ou **autoriser** le professionnel de la santé qui a son dossier médical à communiquer au Ministère et à l'organisme les renseignements nécessaires qui s'y trouvent.

Pour obtenir plus d'information sur les déductions et les crédits d'impôt relatifs à une déficience, veuillez consulter le document *Les personnes handicapées et la fiscalité* (IN-133).

Attestation de déficience

Ce formulaire s'adresse à tout particulier qui doit fournir une attestation confirmant que lui-même, son conjoint ou une personne à sa charge est atteint d'une déficience mentale ou physique grave et prolongée.

I – Identification

Cette partie doit être remplie par le particulier ou son représentant.

			Année(s) d'imposition : _____		
Nom du particulier	Prénom	Numéro d'assurance sociale			
10	11	12			
Nom légal de la personne ayant une déficience (s'il ne s'agit pas du particulier)			Numéro d'assurance sociale		
13	14	15			
Lien avec le particulier		Date de naissance			
16	<input type="checkbox"/> conjoint	17	<input type="checkbox"/> autre (indiquez le lien) : _____	18	
			année	mois	jour

II – Précision sur la déficience

Cette partie doit être remplie par le **médecin**. Elle peut également l'être par d'autres professionnels de la santé tels l'**optométriste** (s'il s'agit d'une incapacité visuelle), l'**orthophoniste** (s'il s'agit d'une incapacité à parler), l'**audiologiste** (s'il s'agit d'une incapacité auditive), l'**ergothérapeute** (s'il s'agit de l'incapacité de marcher ou de se nourrir et de s'habiller) ou le **psychologue** (s'il s'agit de l'incapacité de percevoir, de réfléchir et de se souvenir).

Ce formulaire sert à attester que, pendant une période d'au moins 12 mois continus, une personne est atteinte d'une déficience mentale ou physique **grave**, c'est-à-dire

- que même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils ou de médicaments appropriés, elle est toujours ou presque toujours (au moins 90 % du temps)
 - incapable de voir,
 - ou incapable d'accomplir une activité courante de la vie de tous les jours (parler, entendre, marcher, éliminer, se nourrir, s'habiller, percevoir, réfléchir et se souvenir) ou qu'il lui faut un temps excessif pour le faire. À noter que le travail rémunéré, les activités sociales ou récréatives et les travaux ménagers ne sont pas considérés comme une activité courante de la vie de tous les jours ;
- ou qu'en raison d'une maladie chronique, cette personne reçoit au moins deux fois par semaine des soins thérapeutiques prescrits par un médecin (ces soins excluent ceux qui peuvent avoir un effet bénéfique sur des personnes qui ne sont pas atteintes d'une telle maladie, par exemple un programme d'exercices) qui
 - sont essentiels au maintien de l'une de ses fonctions vitales,
 - exigent qu'elle y consacre au total au moins 14 heures par semaine (incluant le temps pour les déplacements, les visites médicales et la récupération nécessaire après un traitement).

Une personne peut recevoir une rente d'invalidité en vertu du Régime de rentes du Québec (RRQ) ou d'autres prestations semblables sans être pour autant considérée, en vertu de la *Loi sur les impôts*, comme une personne ayant une déficience mentale ou physique grave et prolongée.

L'admissibilité au montant pour déficience mentale ou physique grave et prolongée dépend de la limitation fonctionnelle du patient et non du diagnostic s'y rapportant.

Lorsqu'un enfant est évalué, le professionnel de la santé doit

- de la naissance à 3 ans, comparer son développement progressif à celui d'autres enfants du même groupe d'âge n'ayant pas la déficience en question ;
- après l'âge de 3 ans, tenir compte de l'effet de la déficience sur sa capacité d'accomplir les activités courantes de la vie de tous les jours.

Si l'enfant doit être réévalué après l'âge de 3 ans, il faut indiquer à la question 9, « Durée de la déficience grave », qu'il s'agit d'une déficience **temporaire**.

Veuillez répondre à toutes les questions.	Limitée de façon marquée	Non évaluée
<p>1. Voir – La capacité de voir de votre patient est-elle limitée de façon marquée ? Répondez oui uniquement si, même à l'aide de verres correcteurs ou de médicaments, votre patient est incapable de voir. Le Ministère considère que la capacité de votre patient est limitée de façon marquée s'il est aveugle ou s'il a un déficit visuel bilatéral qui se manifeste par une acuité visuelle de 20/200 ou moins après correction dans le meilleur œil, ou par un champ visuel de 20 degrés ou moins dans le meilleur œil.</p> <p>2. Parler – La capacité de parler de votre patient est-elle limitée de façon marquée ? Répondez oui uniquement si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils ou de médicaments, votre patient est toujours ou presque toujours incapable d'utiliser la parole de manière à se faire comprendre dans un environnement calme, ou s'il lui faut un temps excessif pour le faire.</p> <p>3. Entendre – La capacité d'entendre de votre patient est-elle limitée de façon marquée ? Répondez oui uniquement si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils ou de médicaments, votre patient est toujours ou presque toujours incapable d'entendre de manière à comprendre (sans lire sur les lèvres) une conversation orale dans un environnement calme.</p> <p>4. Marcher – La capacité de marcher de votre patient est-elle limitée de façon marquée ? Répondez oui uniquement si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils ou de médicaments, votre patient est toujours ou presque toujours incapable de marcher ou s'il lui faut un temps excessif pour le faire. Le Ministère considère que la capacité de votre patient est limitée de façon marquée s'il est incapable de marcher environ 100 mètres, ou qu'il doit s'arrêter pour cause d'essoufflement en marchant à son propre rythme sur un terrain plat.</p> <p>5. Éliminer – La capacité d'éliminer de votre patient est-elle limitée de façon marquée ? Répondez oui uniquement si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils ou de médicaments, votre patient est toujours ou presque toujours incapable d'accomplir les fonctions d'évacuation intestinale ou vésicale. Le Ministère considère que la capacité de votre patient est limitée de façon marquée s'il est toujours ou presque toujours incontinent. Cette capacité n'est pas nécessairement considérée comme limitée de façon marquée s'il a une stomie simple.</p> <p>6. Se nourrir et s'habiller – La capacité de se nourrir et de s'habiller de votre patient est-elle limitée de façon marquée ? Répondez oui uniquement si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils ou de médicaments, votre patient est toujours ou presque toujours incapable de manger et de s'habiller sans l'aide de quelqu'un ou s'il lui faut un temps excessif pour le faire. Le Ministère considère que la capacité de votre patient est limitée de façon marquée s'il devient essoufflé à s'habiller ou s'il est incapable de faire usage de ses membres supérieurs pour se nourrir ou s'habiller.</p> <p>7. Percevoir, réfléchir et se souvenir – La capacité de votre patient de percevoir, de réfléchir et de se souvenir est-elle limitée de façon marquée ? Répondez oui uniquement si, même à l'aide de soins thérapeutiques ou de médicaments, votre patient est toujours ou presque toujours incapable de percevoir, de réfléchir ou de se souvenir ou s'il lui faut un temps excessif pour le faire. Le Ministère considère que la capacité de votre patient est limitée de façon marquée s'il n'a pas la capacité intellectuelle de voir à ses besoins personnels (se procurer de la nourriture, des vêtements, etc.) ou de s'occuper de ses soins personnels (se nourrir, voir à son hygiène corporelle, s'habiller, etc.) sans supervision.</p> <p>8. Temps consacré aux soins thérapeutiques – En raison d'une maladie chronique, votre patient doit-il consacrer du temps à des soins thérapeutiques, prescrits par un médecin, qui sont essentiels au maintien de l'une de ses fonctions vitales ? Répondez oui uniquement si votre patient reçoit au moins deux fois par semaine les soins thérapeutiques prescrits (ces soins excluent ceux qui peuvent avoir un effet bénéfique sur des personnes qui ne sont pas atteintes d'une telle maladie, par exemple un programme d'exercices) et s'il doit y consacrer au total au moins 14 heures par semaine (incluant le temps pour les déplacements, les visites médicales et la récupération nécessaire après un traitement).</p>	<p>20 <input type="checkbox"/> Oui 21 <input type="checkbox"/> Non</p> <p>22 <input type="checkbox"/> Oui 23 <input type="checkbox"/> Non</p> <p>24 <input type="checkbox"/> Oui 25 <input type="checkbox"/> Non</p> <p>26 <input type="checkbox"/> Oui 27 <input type="checkbox"/> Non</p> <p>28 <input type="checkbox"/> Oui 29 <input type="checkbox"/> Non</p> <p>30 <input checked="" type="checkbox"/> Oui 31 <input type="checkbox"/> Non</p> <p>32 <input type="checkbox"/> Oui 33 <input type="checkbox"/> Non</p> <p>34 <input type="checkbox"/> Oui 35 <input type="checkbox"/> Non</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>9. Durée de la déficience grave – Si vous avez répondu oui à l'une des questions 1 à 8, est-ce que la déficience de votre patient dure depuis au moins 12 mois continus ou, si elle a commencé dans l'année, est-il raisonnable de s'attendre à ce qu'elle se poursuive sans interruption pendant au moins 12 mois ?</p> <p>Date du début de la déficience grave : année [38] mois []</p> <p>Type de déficience : [39] permanente [40] temporaire*</p> <p>Date réelle ou probable de la fin de la déficience temporaire : année [41] mois []</p> <p>* Si la durée de la déficience ne peut être définie, cochez cette case.</p>	<p>36 <input checked="" type="checkbox"/> Oui 37 <input type="checkbox"/> Non</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>Décrivez la déficience de votre patient et l'incapacité qui en résulte.</p> <p>ALLERGIES ALIMENTAIRES GRAVES AUX ARACHIDES ET NOIX, NECESSITE PLUSIEURS HEURES DE PREPARATION DES REPAS, CONTAMINATION CROISEE A EVITER, ETC.</p>		
<p>Signature</p> <p>Moi, _____, Nom du professionnel de la santé</p> <p>Ind. rég. _____ Téléphone _____</p> <p>j'atteste que les renseignements fournis dans ce formulaire sont exacts et complets.</p> <p>_____, Signature du professionnel de la santé</p> <p>_____, Date</p> <p>_____, Numéro du permis provincial</p>		