



Besoin d'aide?
canada.ca/credit-impot-personnes-handicapees
1-800-959-7383

Certificat pour le crédit d'impôt pour personnes handicapées

Les renseignements fournis dans ce formulaire seront utilisés par l'Agence du revenu du Canada (ARC) pour déterminer l'admissibilité de la personne qui demande le crédit d'impôt pour personnes handicapées (CIPH). Pour en savoir plus, lisez les renseignements généraux à la page 16.

Partie A – Section du particulier

1) Parlez-nous de la personne handicapée

Prénom : _____

Nom de famille : _____

Numéro d'assurance sociale :

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Adresse postale : _____

Ville : _____

Province ou territoire : _____

Code postal :

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 Date de naissance :

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Année Mois Jour

2) Parlez-nous de la personne qui demande le montant pour personnes handicapées

La personne handicapée demande le montant pour personnes handicapées

ou

Un membre de la famille qui subvient à ses besoins demande le montant pour personnes handicapées (l'époux ou le conjoint de fait de la personne handicapée, ou un parent, grand-parent, enfant, petit-enfant, frère, sœur, oncle, tante, neveu ou nièce de cette personne ou de son époux ou conjoint de fait) :

Prénom : _____

Nom de famille : _____

Lien de parenté : _____

Numéro d'assurance sociale :

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 La personne handicapée vit-elle avec vous? Oui Non

Indiquez à quels besoins fondamentaux de la personne handicapée vous répondez régulièrement et de façon constante, et pour quelles années vous l'avez fait :

Nourriture _____ Année(s) Logement _____ Année(s) Habillement _____ Année(s)

Fournissez des détails sur le soutien que vous apportez à la personne handicapée (régularité du soutien, preuve de dépendance, si la personne vit avec vous, etc.) :

Si vous souhaitez fournir plus de renseignements que l'espace prévu ne le permet, utilisez une feuille séparée, signez-la et joignez-la au formulaire. N'oubliez pas d'indiquer le nom de la personne handicapée.

En tant que membre de la famille qui subvient aux besoins de la personne handicapée et qui demande le montant pour personnes handicapées, je confirme que les renseignements fournis sont exacts.

Signature : _____

Partie A – Section du particulier (suite)

3) Redressement des anciennes déclarations

Êtes-vous la personne handicapée ou son représentant légal, ou si elle a moins de 18 ans, son tuteur légal?

Oui Non

Si l'admissibilité au crédit d'impôt pour personnes handicapées est approuvée, voulez-vous que l'ARC applique le crédit à vos anciennes déclarations?

Oui, redressez mes anciennes déclarations pour toutes les années visées.

Non, ne redressez pas mes anciennes déclarations pour l'instant.

4) Autorisation du particulier

En tant que personne handicapée ou son représentant légal :

- J'atteste que les renseignements ci-dessus sont exacts.
- J'autorise mon (mes) professionnel(s) de la santé à fournir à l'ARC des renseignements dans mon dossier médical afin que l'ARC puisse établir mon admissibilité.
- J'autorise l'ARC à redresser mes déclarations, le cas échéant, si j'ai demandé de le faire à la question 3.

Signature : _____

Numéro de téléphone : _____

Date :

| | | | | | | | | | |
|-------|--|--|------|--|--|------|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
| Année | | | Mois | | | Jour | | | |

Les renseignements personnels (y compris le NAS) sont recueillis aux fins de l'administration ou de l'application de la Loi de l'impôt sur le revenu et des programmes et activités connexes incluant l'administration de l'impôt, des prestations, la vérification, l'observation et le recouvrement. Les renseignements recueillis peuvent être utilisés et communiqués aux fins d'autres lois fédérales qui prévoient l'imposition et la perception d'un impôt, d'une taxe ou d'un droit. Ils peuvent aussi être communiqués à une autre institution gouvernementale fédérale, provinciale, territoriale ou étrangère dans la mesure où le droit l'autorise. Le défaut de fournir ces renseignements pourrait entraîner des intérêts à payer, des pénalités ou d'autres mesures. Selon la Loi sur la protection des renseignements personnels, les particuliers ont le droit à la protection, à l'accès et à la correction de leurs renseignements personnels ou de déposer une plainte auprès du Commissaire à la protection de la vie privée du Canada concernant le traitement de leurs renseignements personnels. Consultez le fichier de renseignements personnels ARC PPU 218 sur Info Source en allant à canada.ca/arc-info-source.

Ceci marque la fin de la section du particulier du formulaire. Demandez à un professionnel de la santé de remplir la partie B (pages 3 à 16). Une fois que le professionnel de la santé a attesté le formulaire, il est prêt à être envoyé à l'ARC pour évaluation.

Prochaines étapes :

Étape 1 – Demandez à votre (vos) professionnel(s) de la santé de remplir le reste de ce formulaire.

Remarque

Votre professionnel de la santé fournit vos renseignements médicaux à l'ARC, mais ne détermine pas votre admissibilité au CIPH.

Étape 2 – Faites une copie du formulaire rempli pour vos dossiers.

Étape 3 – Consultez la page 16 pour savoir comment soumettre votre formulaire à l'ARC.

Partie B – Section du professionnel de la santé

Si vous souhaitez utiliser l'application numérique pour les professionnels de la santé pour remplir votre section du formulaire T2201, vous pouvez y accéder à canada.ca/demande-numerique-ciph.

Remarques importantes sur l'admissibilité du patient

- L'admissibilité au CIPH n'est pas fondée uniquement sur la condition médicale. Elle est fondée sur la déficience résultant d'une condition et sur les effets de cette déficience sur le patient. L'admissibilité n'est toutefois pas fondée sur la capacité du patient à travailler, à effectuer des tâches ménagères ou à participer à des activités de loisirs.
- Une personne peut être admissible au CIPH si elle a une déficience grave et prolongée des fonctions physiques ou mentales provoquant une limitation marquée. Une limitation marquée signifie que, même avec des soins thérapeutiques et en utilisant des appareils et des médicaments appropriés, la personne est incapable ou prend un temps excessif dans une catégorie de déficience, **toujours ou presque toujours** (généralement interprété comme étant 90 % du temps ou plus). Si ses limitations ne satisfont pas aux critères dans une seule catégorie de déficience, elle pourrait tout de même être admissible si elle connaît des limitations considérables dans au moins deux catégories.

Pour en savoir plus sur le CIPH, y compris des exemples et les critères d'admissibilité, consultez le guide RC4064, Renseignements relatifs aux personnes handicapées, ou allez à canada.ca/credit-impot-personnes-handicapees.

Prochaines étapes

Étape 1 – Remplissez les sections du formulaire sur les pages 4 à 16 qui s'appliquent à votre patient.

Lorsque vous évaluez les limitations de votre patient, faites-le en le comparant à une personne d'âge similaire qui n'a pas de déficience dans cette catégorie donnée. Si votre patient présente des limitations dans plus d'une catégorie, il pourrait être admissible au titre de la section « Effet cumulatif des limitations considérables » à la page 14.

Si vous souhaitez fournir plus de renseignements que l'espace le permet, utilisez une feuille de papier, signez-la et joignez-la à ce formulaire. N'oubliez pas d'écrire le nom du patient en haut de toutes les pages.

Étape 2 – Remplissez la section « Attestation » à la page 16 et signez le formulaire.

Étape 3 – Vous ou votre patient pouvez envoyer ce formulaire à l'ARC lorsque les parties A et B sont remplies et signées (consultez la page 16 pour les instructions).

L'ARC révisera les renseignements fournis afin d'établir l'admissibilité de votre patient et l'informerá de notre décision. Si l'ARC a besoin de plus de renseignements, on pourrait communiquer avec vous.

Paraphez votre désignation si cette catégorie s'applique à votre patient :

Voir

_____ médecin _____ infirmier praticien _____ optométriste

1) Indiquez l'aspect de la vision qui est déficient dans chaque œil (acuité visuelle, champ de vision, ou les deux) :

| Œil gauche après correction | Œil droit après correction |
|---|---|
| <p>Acuité visuelle</p> <p><input type="checkbox"/> Mesurable sur la carte Snellen (indiquez l'acuité) <input type="text"/> / <input type="text"/> Exemple : 20/200, 6/60</p> <p><input type="checkbox"/> Compte des doigts</p> <p><input type="checkbox"/> Aucune perception lumineuse</p> <p><input type="checkbox"/> Perception lumineuse</p> <p><input type="checkbox"/> Perçoit les mouvements de la main</p> | <p>Acuité visuelle</p> <p><input type="checkbox"/> Mesurable sur la carte Snellen (indiquez l'acuité) <input type="text"/> / <input type="text"/> Exemple : 20/200, 6/60</p> <p><input type="checkbox"/> Compte des doigts</p> <p><input type="checkbox"/> Aucune perception lumineuse</p> <p><input type="checkbox"/> Perception lumineuse</p> <p><input type="checkbox"/> Perçoit les mouvements de la main</p> |
| <p>Champ de vision (fournissez le plus grand diamètre) <input type="text"/> degrés</p> | <p>Champ de vision (fournissez le plus grand diamètre) <input type="text"/> degrés</p> |

2) Le patient est-il considéré aveugle des deux yeux selon au moins l'un des critères suivants :

- L'acuité visuelle est de 20/200 (6/60) ou moins sur la carte Snellen (ou l'équivalent).
- Le plus grand diamètre du champ de vision est de 20 degrés ou moins.

Oui (indiquez l'année où il est devenu aveugle) Année

ou

Non (indiquez l'année où la limitation à voir a commencé) Année

Médecin et infirmier praticien seulement : Si votre patient connaît des limitations dans plus d'une catégorie, donnez-nous plus de détails sur sa limitation à voir. Il pourrait être admissible sous la section Effets cumulatifs des limitations considérables à la page 14. Donnez des exemples sur la façon dont la limitation du patient à voir affecte d'autres activités de la vie courante (par exemple, marcher et se nourrir). Fournissez également tout autre détail pertinent, tels que les appareils que le patient utilise pour aider sa vision (par exemple, une canne, une loupe ou un animal d'assistance).

3) La déficience du patient à voir a-t-elle duré ou est-il raisonnable de s'attendre à ce qu'elle dure au moins 12 mois?

Oui Non

4) La déficience du patient à voir s'est-elle améliorée ou s'attend-on à ce qu'elle s'améliore de telle sorte qu'il n'aurait plus de déficience?

Oui (indiquez l'année) Année Non Incertain

Paraphez votre désignation si cette catégorie s'applique à votre patient :

Parler

_____ médecin _____ infirmier praticien _____ orthophoniste

1) Indiquez toute condition médicale affectant la capacité du patient à parler de façon à se faire comprendre et fournissez l'année du diagnostic (si elle est connue) :

2) Le patient prend-il des médicaments qui aident sa limitation à parler?

Oui Non Incertain

3) Décrivez si le patient utilise des appareils ou des soins thérapeutiques qui aident sa limitation à parler (par exemple, amplificateur vocal, thérapie comportementale) :

4) Donnez des exemples des facteurs qui limitent la capacité de votre patient à parler de façon à se faire comprendre en utilisant les échelles de sévérité et de fréquence fournies comme référence (par exemple, il a souvent besoin de répéter pour être compris, toujours de légères difficultés d'articulation, atteint de mutisme sélectif, il utilise le langage des signes comme sa principale forme de communication) :



5) Décrivez dans le tableau ci-dessous la capacité du patient à parler de manière à être compris par une personne de sa connaissance dans un endroit calme (plus d'une réponse peut s'appliquer, puisque la capacité du patient peut changer avec le temps). Évaluez sa capacité à parler de façon à être compris en prenant les médicaments et en utilisant les appareils et les soins thérapeutiques indiqués ci-dessus, s'il y a lieu.

| Limitation à parler | Est-ce le cas toujours ou presque toujours (lisez la page 3)? | Année où cela a commencé |
|--|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Le patient est incapable de parler afin d'être compris ou prend un temps excessif pour le faire (au moins trois fois plus de temps qu'une personne d'âge similaire sans déficience de la parole) par une personne de sa connaissance dans un endroit calme. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | _____ |
| <input type="checkbox"/> Le patient a des difficultés, mais ne prend pas un temps excessif pour parler afin d'être compris par une personne de sa connaissance dans un endroit calme. ¹ | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | _____ |

¹Si votre patient présente des limitations dans plus d'une catégorie, il pourrait être admissible au titre de la section « Effet cumulatif des limitations considérables » à la page 14.

6) La déficience du patient à parler a-t-elle duré ou est-il raisonnable de s'attendre à ce qu'elle dure au moins 12 mois?

Oui Non

7) La déficience du patient à parler s'est-elle améliorée ou s'attend-on à ce qu'elle s'améliore de telle sorte qu'il n'aurait plus de déficience?

Oui (indiquez l'année) _____ Non Incertain

Année

Nom du patient : _____

Paraphez votre désignation si cette catégorie s'applique à votre patient :

_____ médecin _____ infirmier praticien _____ audiologiste

Entendre

1) Choisissez l'option qui décrit le mieux le niveau de perte auditive du patient dans chaque oreille avec les appareils appropriés (normal : 0-25dB, léger : 26-40dB, modéré : 41-55dB, modéré à sévère : 56-70dB, sévère : 71-90dB, profond : 91dB+ ou inconnu) :

Oreille gauche

Oreille droite

2) Indiquez le taux global de reconnaissance de mots du patient dans les deux oreilles :

 %

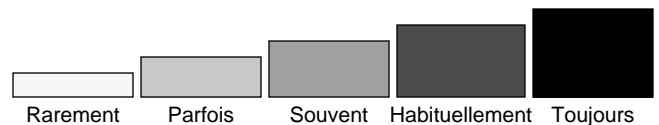
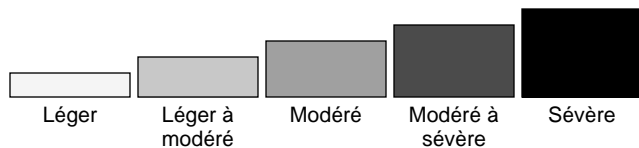
Inconnu

3) Décrivez si le patient utilise des appareils pour aider sa capacité à entendre (par exemple, implant cochléaire, appareil auditif) :

4) Indiquez la condition médicale qui cause la perte auditive et fournissez des exemples de la façon dont le patient est limité dans sa capacité d'entendre en utilisant les échelles de sévérité et de fréquence fournies comme référence (par exemple, doit souvent recourir à la répétition, à la lecture labiale ou au langage des signes pour comprendre la communication verbale, conscience gravement altérée des risques pour la sécurité personnelle) :

Sévérité

Fréquence



5) Décrivez dans le tableau ci-dessous la capacité du patient à entendre afin de comprendre une personne de sa connaissance dans un endroit calme (plus d'une réponse peut s'appliquer, puisque la capacité du patient peut changer avec le temps). Évaluez sa capacité à entendre en utilisant les appareils indiqués ci-dessus, s'il y a lieu.

| Limitation à entendre | Est-ce le cas toujours ou presque toujours (lisez la page 3)? | Année où cela a commencé |
|--|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Le patient est incapable d'entendre afin de comprendre ou prend un temps excessif pour le faire (au moins trois fois plus de temps qu'une personne d'âge similaire sans déficience auditive) une personne de sa connaissance dans un endroit calme. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Le patient a des difficultés, mais ne prend pas un temps excessif pour entendre afin de comprendre une personne de sa connaissance dans un endroit calme. ¹ | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="text"/> |

¹Si votre patient présente des limitations dans plus d'une catégorie, il pourrait être admissible au titre de la section « Effet cumulatif des limitations considérables » à la page 14.

6) La déficience du patient à entendre a-t-elle duré ou est-il raisonnable de s'attendre à ce qu'elle dure au moins 12 mois?

Oui Non

7) La déficience du patient à entendre s'est-elle améliorée ou s'attend-on à ce qu'elle s'améliore de telle sorte qu'il n'aurait plus de déficience?

Oui (indiquez l'année) Année Non Incertain

Paraphez votre désignation si cette catégorie s'applique à votre patient :

Marcher

_____ médecin

_____ infirmier praticien

_____ ergothérapeute

_____ physiothérapeute

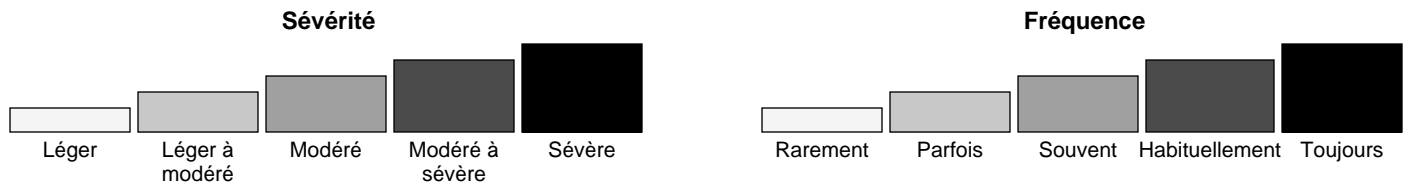
1) Indiquez toute condition médicale affectant la capacité du patient à marcher et fournissez l'année du diagnostic (si elle est connue) :

2) Le patient prend-il des médicaments pour aider sa limitation à marcher?

Oui Non Incertain

3) Décrivez si le patient utilise des appareils ou des soins thérapeutiques pour aider sa limitation à marcher (par exemple, canne, ergothérapie) :

4) Donnez des exemples de la façon dont la capacité de votre patient à marcher est limitée en utilisant les échelles de sévérité et de fréquence fournies comme référence (par exemple, il a une douleur sévère aux jambes, il a souvent une perte d'équilibre modérée, il est essoufflé lors d'un effort léger) :



5) Décrivez dans le tableau ci-dessous la capacité du patient à marcher, par exemple, une courte distance telle que 100 mètres (plus d'une réponse peut s'appliquer, puisque la capacité du patient peut changer avec le temps). Évaluez sa capacité à marcher en utilisant les appareils et les soins thérapeutiques indiqués ci-dessus, s'il y a lieu.

| Limitation à marcher | Est-ce le cas toujours ou presque toujours (lisez la page 3)? | Année où cela a commencé |
|--|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Le patient est incapable de marcher ou prend un temps excessif pour le faire (au moins trois fois plus de temps qu'une personne d'âge similaire sans déficience à marcher). | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | _ _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Le patient a de la difficulté, mais ne prend pas un temps excessif pour marcher. ¹ | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | _ _ _ _ |

¹Si votre patient présente des limitations dans plus d'une catégorie, il pourrait être admissible au titre de la section « Effet cumulatif des limitations considérables » à la page 14.

6) La déficience du patient à marcher par lui-même a-t-elle duré ou est-il raisonnable de s'attendre à ce qu'elle dure au moins 12 mois?

Oui Non

7) La déficience du patient à marcher par lui-même s'est-elle améliorée ou s'attend-on à ce qu'elle s'améliore de telle sorte qu'il n'aurait plus de déficience?

Oui (indiquez l'année) |_|_|_|_| Non Incertain

Année

Paraphez votre désignation si cette catégorie s'applique à votre patient :

_____ médecin _____ infirmier praticien

Évacuer

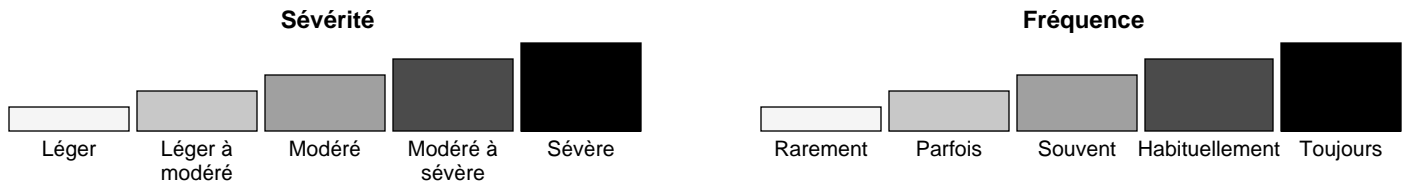
1) Indiquez toute condition médicale affectant la capacité du patient à gérer lui-même ses fonctions intestinales ou vésicales et fournissez l'année du diagnostic (si elle est connue) :

2) Le patient prend-il des médicaments pour aider sa limitation à gérer ses fonctions intestinales ou vésicales?

Oui Non Incertain

3) Décrivez si le patient utilise des appareils ou des soins thérapeutiques pour aider sa limitation à gérer ses fonctions intestinales ou vésicales (par exemple, stomie, thérapie biologique) :

4) Donnez des exemples de la façon dont la capacité de votre patient à gérer ses fonctions intestinales ou vésicales est limitée en utilisant les échelles de sévérité et de fréquence fournies comme référence (par exemple, il a toujours besoin de l'aide d'une autre personne pour gérer ses fonctions intestinales ou vésicales, constipation ou diarrhée chronique, il souffre souvent d'incontinence fécale ou urinaire, il nécessite généralement un cathétérisme intermittent) :



5) Décrivez dans le tableau ci-dessous la capacité du patient à gérer ses fonctions intestinales ou vésicales (plus d'une réponse peut s'appliquer, puisque la capacité du patient peut changer avec le temps). Évaluez sa capacité à gérer lui-même ses fonctions intestinales ou vésicales en prenant les médicaments et en utilisant les appareils et les soins thérapeutiques indiqués ci-dessus, s'il y a lieu.

| Limitation à évacuer | Est-ce le cas toujours ou presque toujours (lisez la page 3)? | Année où cela a commencé |
|--|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Le patient est incapable de gérer lui-même ses fonctions intestinales ou vésicales ou prend un temps excessif pour le faire (au moins trois fois plus de temps qu'une personne d'âge similaire sans déficience de ces fonctions). | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | _____ |
| <input type="checkbox"/> Le patient a des difficultés, mais ne prend pas un temps excessif pour gérer lui-même ses fonctions intestinales ou vésicales. ¹ | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | _____ |

¹Si votre patient présente des limitations dans plus d'une catégorie, il pourrait être admissible au titre de la section « Effet cumulatif des limitations considérables » à la page 14.

6) La déficience du patient à gérer ses fonctions intestinales ou vésicales a-t-elle duré ou est-il raisonnable de s'attendre à ce qu'elle dure au moins 12 mois?

Oui Non

7) La déficience du patient à gérer ses fonctions intestinales ou vésicales s'est-elle améliorée ou s'attend-on à ce qu'elle s'améliore de telle sorte qu'il n'aurait plus de déficience?

Oui (indiquez l'année) _____ Non Incertain

Année

Paraphez votre désignation si cette catégorie s'applique à votre patient :

_____ médecin _____ infirmier praticien _____ ergothérapeute

Se nourrir

Cette catégorie de déficience inclut l'acte de se nourrir soi-même et la préparation de la nourriture, sauf lorsque le temps consacré à la préparation de la nourriture est lié à une restriction ou à un régime alimentaire. Elle n'inclut pas l'identification, la recherche, l'achat ou l'obtention de nourriture.

1) Indiquez toute condition médicale affectant la capacité du patient à se nourrir et fournissez l'année du diagnostic (si elle est connue) :

2) Le patient prend-il des médicaments pour aider sa limitation à se nourrir?

Oui Non Incertain

3) Décrivez si le patient utilise des appareils ou des soins thérapeutiques pour aider sa limitation à se nourrir (par exemple, ustensiles adaptés, ergothérapie) :

4) Donnez des exemples de la façon dont la capacité de votre patient à se nourrir est limitée en utilisant les échelles de sévérité et de fréquence fournies comme référence (par exemple, il a souvent besoin d'aide pour préparer ses repas ou pour se nourrir, sa dextérité est toujours limitée de façon marquée, il a des tremblements modérés, il dépend exclusivement de l'alimentation par gavage) :



5) Décrivez dans le tableau ci-dessous la capacité du patient à se nourrir (plus d'une réponse peut s'appliquer, puisque la capacité du patient peut changer avec le temps). Évaluez sa capacité à se nourrir en prenant les médicaments et en utilisant les appareils et les soins thérapeutiques indiqués ci-dessus, s'il y a lieu.

| Limitation à se nourrir | Est-ce le cas toujours ou presque toujours (lisez la page 3)? | Année où cela a commencé |
|---|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Le patient est incapable de se nourrir ou prend un temps excessif pour le faire (au moins trois fois plus de temps qu'une personne d'âge similaire sans déficience de cette capacité). | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | _____ |
| <input type="checkbox"/> Le patient a de la difficulté, mais ne prend pas un temps excessif pour se nourrir. ¹ | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | _____ |

¹Si votre patient présente des limitations dans plus d'une catégorie, il pourrait être admissible au titre de la section « Effet cumulatif des limitations considérables » à la page 14.

6) La déficience du patient à se nourrir a-t-elle duré ou est-il raisonnable de s'attendre à ce qu'elle dure au moins 12 mois?

Oui Non

7) La déficience du patient à se nourrir s'est-elle améliorée ou s'attend-on à ce qu'elle s'améliore de telle sorte qu'il n'aurait plus de déficience?

Oui (indiquez l'année) _____ Non Incertain

Année

Paraphez votre désignation si cette catégorie s'applique à votre patient :

_____ médecin _____ infirmier praticien _____ ergothérapeute

S'habiller

Cette catégorie de déficience n'inclut pas l'identification, la recherche, le magasinage ou l'obtention de vêtements.

1) Indiquez toute condition médicale affectant la capacité du patient à s'habiller et fournissez l'année du diagnostic (si elle est connue) :

2) Le patient prend-il des médicaments pour aider sa limitation à s'habiller?

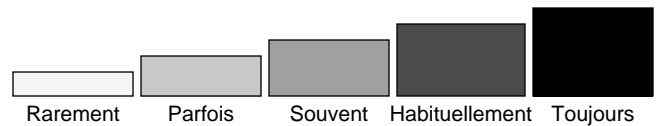
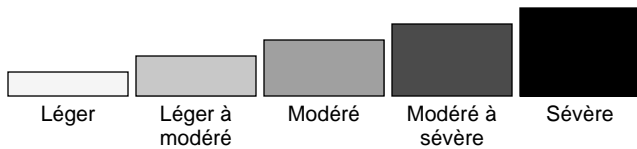
Oui Non Incertain

3) Décrivez si le patient utilise des appareils ou des soins thérapeutiques pour aider sa limitation à s'habiller (par exemple, crochet à boutons, ergothérapie) :

4) Donnez des exemples de la façon dont la capacité de votre patient à s'habiller est limitée en utilisant les échelles de sévérité et de fréquence fournies comme référence (par exemple, il a souvent besoin d'aide pour s'habiller, il ressent une douleur sévère dans ses membres supérieurs, il a souvent une amplitude de mouvement modérément limitée) :

Sévérité

Fréquence



5) Indiquez dans le tableau ci-dessous la capacité du patient à s'habiller (plus d'une réponse peut s'appliquer, puisque la capacité du patient peut changer avec le temps). Évaluez sa capacité à s'habiller en prenant les médicaments et en utilisant les appareils et les soins thérapeutiques indiqués ci-dessus, s'il y a lieu.

| Limitation à s'habiller | Est-ce le cas toujours ou presque toujours (lisez la page 3)? | Année où cela a commencé |
|---|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Le patient est incapable de s'habiller ou prend un temps excessif pour le faire (au moins trois fois plus de temps qu'une personne d'âge similaire sans déficience de cette capacité). | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | _____ |
| <input type="checkbox"/> Le patient a de la difficulté, mais ne prend pas un temps excessif pour s'habiller. ¹ | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | _____ |

¹Si votre patient présente des limitations dans plus d'une catégorie, il pourrait être admissible au titre de la section « Effet cumulatif des limitations considérables » à la page 14.

6) La déficience du patient à s'habiller a-t-elle duré ou est-il raisonnable de s'attendre à ce qu'elle dure au moins 12 mois?

Oui Non

7) La déficience du patient à s'habiller s'est-elle améliorée ou s'attend-on à ce qu'elle s'améliore de telle sorte qu'il n'aurait plus de déficience?

Oui (indiquez l'année) _____ Année Non Incertain

Fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante

Paraphez votre désignation si cette catégorie s'applique à votre patient :

 médecin infirmier praticien psychologue

Les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante comprennent :

- **l'apprentissage fonctionnel à l'autonomie**, qui comprend les activités liées aux choses suivantes :

- les soins personnels, tels que l'hygiène
- la santé et la sécurité
- initier des interactions sociales et y répondre
- des transactions simples et ordinaires, comme faire l'épicerie ou payer une facture

- **la mémoire**, qui comprend la capacité à se souvenir des choses suivantes :

- des instructions simples
- des renseignements personnels de base, comme sa date de naissance ou son adresse, ou d'objets importants ou d'intérêt

- **le jugement, la résolution de problèmes et l'atteinte d'objectifs** pris dans leur ensemble (par exemple, se conformer aux traitements prescrits, choisir des vêtements appropriés à la température)

- 1) Indiquez toute condition médicale affectant la capacité du patient à effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante et fournissez l'année du diagnostic (si elle est connue) :

- 2) Le patient prend-il des médicaments pour aider sa limitation à effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante?

 Oui Non Incertain

Le patient a-t-il besoin de supervision ou de rappels d'une autre personne pour prendre ses médicaments?
Cette question ne s'applique pas aux enfants.

 Oui Non Incertain

Choisissez l'option qui décrit le mieux l'efficacité des médicaments à traiter sa condition :

 Efficace Modérément efficace Légèrement efficace Inefficace Incertain

- 3) Décrivez si le patient utilise des appareils ou des soins thérapeutiques pour aider sa limitation à effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante (par exemple, aide-mémoires, technologie adaptée, thérapie cognitive du comportement) :

La section des fonctions mentales continue aux pages 12 et 13.

Fonctions mentales (suite)

4) Le patient a-t-il une capacité réduite à vivre de façon autonome (ou pour fonctionner à la maison et à l'école pour un enfant de moins de 18 ans) sans supervision quotidienne ou sans l'aide d'autres personnes?

Non Oui

Sélectionnez tous les types d'aide que reçoit l'adulte ou l'enfant de moins de 18 ans :

Adulte

- Établissement d'aide à la vie autonome ou de soins de longue durée
- Services de santé communautaires
- Hospitalisation
- Aide offerte par des membres de sa famille

Enfant de moins de 18 ans

- Supervision à la maison, par un adulte, plus rigoureuse que celle requise pour les enfants de son âge
- Aide supplémentaire offerte à l'école par des éducateurs

Fournissez des détails supplémentaires sur l'aide reçue (optionnel) :

Apprentissage fonctionnel à l'autonomie

5) Sélectionnez l'option qui décrit le mieux la sévérité des difficultés du patient en apprentissage fonctionnel à l'autonomie :

Aucune difficulté Légère Légère à modérée Modérée Modérée à sévère Sévère

S'il a des difficultés en apprentissage fonctionnel à l'autonomie, sélectionnez tous les exemples qui s'appliquent au patient.

Le patient a une capacité réduite à :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> S'adapter au changement | <input type="checkbox"/> Effectuer des opérations simples et courantes |
| <input type="checkbox"/> Adopter un comportement socialement adapté | <input type="checkbox"/> Effectuer des activités simples d'hygiène ou de soins personnels |
| <input type="checkbox"/> Exprimer ses besoins de base | <input type="checkbox"/> Effectuer des tâches quotidiennes essentielles |
| <input type="checkbox"/> Faire preuve d'un minimum de contrôle de soi | <input type="checkbox"/> Comprendre des renseignements verbaux simples |
| <input type="checkbox"/> Sortir dans la communauté | <input type="checkbox"/> Reconnaître le danger et les risques pour sa sécurité |

Mémoire

6) Sélectionnez l'option qui décrit le mieux la sévérité des difficultés du patient en mémoire :

Aucune difficulté Légère Légère à modérée Modérée Modérée à sévère Sévère

S'il a des difficultés en mémoire, sélectionnez tous les exemples qui s'appliquent au patient.

Le patient a une capacité réduite à :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Se souvenir de renseignements personnels de base, comme sa date de naissance et son adresse | <input type="checkbox"/> Se souvenir d'instructions simples |
| <input type="checkbox"/> Se souvenir d'objets qui lui sont importants ou pour lesquels il a un intérêt | |

Fonctions mentales (suite)**Jugement, résolution de problèmes et atteinte d'objectifs pris dans leur ensemble**

7) Sélectionnez l'option qui décrit le mieux la sévérité des difficultés du patient en jugement, résolution de problèmes et atteinte d'objectifs :

- Aucune difficulté
 Légère
 Légère à modérée
 Modérée
 Modérée à sévère
 Sévère

S'il a des difficultés en jugement, résolution de problèmes et atteinte d'objectifs, sélectionnez tous les exemples qui s'appliquent au patient.

Le patient a une capacité réduite à :

- Se conformer aux traitements prescrits
 Faire et exécuter des plans quotidiens simples
 Réagir de façon appropriée dans des situations non familières

Renseignements supplémentaires

8) Fournissez tout exemple lié aux difficultés du patient en apprentissage fonctionnel à l'autonomie, en mémoire, ou en jugement, résolution de problèmes et atteinte d'objectifs qui ne sont pas illustrés ci-dessus.

9) Indiquez dans le tableau ci-dessous la capacité du patient à effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante (plus d'une réponse peut s'appliquer, puisque la capacité du patient peut changer avec le temps). Évaluez sa capacité à effectuer les fonctions mentales en prenant les médicaments et en utilisant les appareils et les soins thérapeutiques indiqués ci-dessus, s'il y a lieu.

| Fonctions mentales | Est-ce le cas toujours ou presque toujours (lisez la page 3)? | Année où cela a commencé |
|--|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Le patient est incapable d'effectuer ces fonctions par lui-même ou prend un temps excessif pour le faire (au moins trois fois plus de temps qu'une personne d'âge similaire sans déficience). | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | _____ |
| <input type="checkbox"/> Le patient a de la difficulté à effectuer ces fonctions, mais ne prend pas un temps excessif pour le faire. ¹ | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | _____ |

¹Si votre patient présente des limitations dans plus d'une catégorie, il pourrait être admissible au titre de la section « Effet cumulatif des limitations considérables » à la page 14.

10) La déficience du patient à effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante a-t-elle duré ou est-il raisonnable de s'attendre à ce qu'elle dure au moins 12 mois?

- Oui Non

11) La limitation du patient à effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante s'est-elle améliorée ou s'attend-on à ce qu'elle s'améliore de telle sorte qu'il n'aurait plus de déficience?

- Oui (indiquez l'année) _____ Non Incertain
 Année

Nom du patient : _____

Protégé B une fois rempli

Paraphez votre désignation si cette catégorie s'applique à votre patient :

_____ médecin _____ infirmier praticien _____ ergothérapeute²

²Un ergothérapeute peut seulement attester les limitations pour marcher, se nourrir et s'habiller.

Effet cumulatif des limitations considérables

Lorsque que la limitation d'une personne dans une catégorie ne satisfait pas aux critères d'admissibilité au CIPH, le patient pourrait tout de même être admissible s'il connaît des limitations considérables dans au moins deux catégories.

1) Sélectionnez toutes les catégories que vous avez remplies aux pages précédentes et pour lesquelles votre patient a des limitations considérables, même à l'aide de soins thérapeutiques et en utilisant des appareils et des médicaments appropriés :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Voir | <input type="checkbox"/> Parler |
| <input type="checkbox"/> Entendre | <input type="checkbox"/> Marcher |
| <input type="checkbox"/> Évacuer (fonctions intestinales ou vésicales) | <input type="checkbox"/> Se nourrir |
| <input type="checkbox"/> S'habiller | <input type="checkbox"/> Fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante |

Important : Si vous avez coché une case d'une catégorie donnée sur cette page mais que vous n'avez pas rempli la section correspondante sur la page appropriée de ce formulaire, remplissez cette section avant de compléter cette page. L'ARC aura besoin de ces renseignements pour déterminer l'admissibilité de votre patient sous l'effet cumulatif des limitations considérables.

2) Les limitations dans au moins deux catégories sélectionnées ci-dessus sont-elles présentes toujours ou presque toujours (lisez la page 3) en même temps?

Remarque : Bien qu'une personne ne s'adonne pas nécessairement aux activités de façon simultanée, « en même temps » dans ce contexte signifie qu'elle est affectée par les limitations au cours de la même période.

- Oui Non

3) L'effet cumulatif de ces limitations correspond-il à être incapable ou à prendre un temps excessif dans une seule catégorie de déficience, toujours ou presque toujours (lisez la page 3)?

- Oui Non

4) Indiquez l'année où l'effet cumulatif des limitations décrites ci-dessus a commencé :

Année

Soins thérapeutiques essentiels

Paraphez votre désignation si cette catégorie s'applique à votre patient :

_____ médecin

_____ infirmier praticien

Les critères d'admissibilité pour les soins thérapeutiques essentiels sont les suivants :

- Le patient a besoin des soins thérapeutiques pour maintenir **une fonction vitale**.
- Le patient a besoin des soins thérapeutiques au moins **3 fois par semaine**.
- Le patient a besoin des soins thérapeutiques pendant une moyenne d'au moins **14 heures par semaine**, comprenant uniquement le temps que votre patient doit consacrer à la thérapie, c'est-à-dire le temps consacré à des activités exigeant que le patient prenne du temps sur ses activités quotidiennes normales pour recevoir la thérapie.

Référez-vous au tableau ci-dessous pour savoir quels types d'activités inclure dans le critère des 14 heures par semaine :

Exemples d'activités admissibles :

- les activités liées au dosage et à l'administration de médicaments
- nettoyer ou entretenir l'équipement utilisé pour administrer les soins thérapeutiques
- tenir à jour un registre lié aux soins thérapeutiques
- recevoir des soins thérapeutiques essentiels à la maison ou à un rendez-vous
- le temps consacré par les principaux responsables des soins de l'enfant à faire ou à superviser des activités telles que celle décrites ci-dessus

Exemples d'activités non admissibles :

- les rendez-vous médicaux qui ne sont pas pour recevoir des soins thérapeutiques
- l'achat de médicaments
- le temps qu'un appareil portable/implanté prend à fournir les soins thérapeutiques
- le temps consacré à l'observation d'une diète ou de restrictions alimentaires, ou de l'exercice
- les déplacements pour recevoir des soins thérapeutiques
- la récupération après des soins thérapeutiques

1) Quel type de soins thérapeutiques essentiels votre patient reçoit-il?

Type de soins thérapeutiques essentiels : _____

Indiquez la condition médicale : _____

2) Décrivez les activités admissibles auxquelles votre patient consacre du temps pour les soins thérapeutiques essentiels :

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

3) Votre patient reçoit-il ces soins thérapeutiques pour maintenir une fonction vitale?

 Oui Non

4) Indiquez le nombre minimal de fois où le patient a besoin de recevoir les soins thérapeutiques _____ fois par semaine par semaine :

5) Indiquez le nombre moyen d'heures par semaine que le patient a besoin de consacrer aux _____ heures par activités liées aux soins thérapeutiques : _____ semaine

6) Indiquez l'année où le patient a commencé à avoir besoin des soins thérapeutiques au moins 3 fois par semaine et en moyenne 14 heures par semaine. S'il ne répond pas à ces critères, indiquez l'année où il a commencé à recevoir les soins thérapeutiques :

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

 Année
7) La déficience du patient qui nécessite les soins thérapeutiques essentiels a-t-elle duré ou est-il raisonnable de s'attendre à ce qu'elle dure au moins 12 mois? Oui Non

8) La déficience du patient qui nécessite les soins thérapeutiques essentiels s'est-elle améliorée ou s'attend-on à ce qu'elle s'améliore de telle sorte qu'il n'aurait plus besoin de soins thérapeutiques essentiels?

 Oui (indiquez l'année)

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

 Année Non Incertain

Attestation – Obligatoire

1) Pour quelle(s) année(s) la personne handicapée a-t-elle été votre patient? _____ à _____

2) Avez-vous des renseignements médicaux au dossier pour toute l'année ou les années que vous atteste dans ce formulaire? Oui Non

Sélectionnez le type de professionnel de la santé qui s'applique à vous :

- Médecin Infirmier praticien Optométriste Ergothérapeute
- Audiologiste Physiothérapeute Psychologue Orthophoniste

En tant que **professionnel de la santé**, j'atteste que les renseignements fournis dans la partie B de ce formulaire sont exacts et complets. Je comprends que l'ARC utilisera ces renseignements pour prendre une décision sur l'admissibilité de mon patient au CIPH.

Signature : _____
Faire une fausse déclaration constitue une infraction grave.

Nom (en lettres moulées) : _____

Numéro de permis médical
ou d'enregistrement
(optionnel) : _____

Numéro de téléphone : _____

Date : _____
Année Mois JourAdresse : _____

_____**Renseignements généraux****Qu'est-ce que le CIPH?**

Le crédit d'impôt pour personnes handicapées (CIPH) est un crédit d'impôt non remboursable qui aide les personnes handicapées et leurs aidants à réduire l'impôt sur le revenu qu'ils pourraient avoir à payer.

Pour en savoir plus, allez à canada.ca/credit-impot-personnes-handicapees ou consultez le guide RC4064, Renseignements relatifs aux personnes handicapées.

Êtes-vous admissible?

Une personne ayant une déficience grave et prolongée des fonctions physiques ou mentales **pourrait être admissible** au CIPH. Pour savoir si vous pourriez être admissible au CIPH, remplissez le questionnaire d'auto-évaluation dans le guide RC4064, Renseignements relatifs aux personnes handicapées.

Qu'arrive-t-il une fois le formulaire envoyé?

Conservez une copie de votre demande dans vos dossiers. Une fois que nous aurons reçu votre demande, nous l'évaluerons et nous prendrons une décision en fonction des renseignements fournis par votre professionnel de la santé. Nous vous enverrons un avis de détermination pour vous informer de notre décision.

Vous êtes responsable de tous les frais exigés par le professionnel de la santé pour remplir ce formulaire ou pour nous fournir plus de renseignements. Vous pourriez les demander comme frais médicaux à la ligne 33099 ou 33199 de votre déclaration de revenus et de prestations.

Vous avez des questions ou besoin d'aide?

Pour en savoir plus après avoir lu ce formulaire, allez à canada.ca/credit-impot-personnes-handicapees ou composez le **1-800-959-7383**.

Formulaires et publications

Pour obtenir nos formulaires et publications, allez à canada.ca/arc-formulaires-publications ou composez le **1-800-959-7383**.

Comment envoyer votre formulaire?

Vous pouvez envoyer votre formulaire à n'importe quel moment dans l'année, en ligne ou par la poste. Envoyer votre formulaire avant de remplir votre déclaration d'impôt et de prestations annuelle nous permettra d'établir votre cotisation plus rapidement.

En ligne

Soumettre votre formulaire en ligne est sécuritaire et efficace. Vous obtiendrez une confirmation immédiate qu'il a été reçu par l'ARC. Pour soumettre votre formulaire en ligne, numériser votre formulaire et envoyez-le à l'aide de l'outil « Soumettre des documents » dans Mon dossier à canada.ca/mon-dossier-arc. Si vous êtes un représentant, vous pouvez accéder à ce service dans Représenter un client à canada.ca/impots-representants.

Par la poste

Vous pouvez envoyer votre demande au centre fiscal le plus près de chez vous :

Centre fiscal de Winnipeg
Case postale 14000, succursale Main
Winnipeg MB R3C 3M2

Centre fiscal de Sudbury
Case postale 20000, succursale A
Sudbury ON P3A 5C1

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