



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.

Aide
canada.ca/credit-impot-
personnes-handicapees
1-800-959-7383

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 a l'intention de demander le montant pour personnes handicapées** (si autre que ci-dessus)

Cette personne doit être un membre de la famille qui soutient la personne handicapée (l'époux ou le conjoint de fait de la personne handicapée, ou un parent, un grand-parent, un enfant, un petit-enfant, un frère, une sœur, un oncle, une tante, un neveu ou une 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 subvenez régulièrement et de façon constante, et pour quelles années vous l'avez fait :

☐ Nourriture _____ ☐ Logement _____ ☐ Habillement _____

Année(s) Année(s) 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 et une autre personne avez la même personne à charge, vous pouvez diviser la demande pour cette personne à charge. Toutefois, le montant total de votre demande et de celle de l'autre personne ne peut pas être supérieur au montant maximal permis pour cette personne à charge. Si vous souhaitez fournir plus de renseignements que l'espace prévu ne le permet, ou un autre membre de la famille souhaite ajouter des renseignements sur le soutien qu'il fournit, utilisez une feuille séparée, signez-la et joignez-la au formulaire. Assurez-vous de fournir tous les renseignements d'identification, y compris les numéros d'assurance sociale et les signatures de tous les membres de la famille qui subviennent aux besoins de la personne handicapée.

En tant que membre de la famille qui a l'intention de demander le montant pour personnes handicapées, je confirme que les renseignements ci-dessus sont exacts. Cette autorisation n'entraînera pas de rajustements automatique à mes déclarations précédentes.

Signature : _____

Partie A – Section du particulier (suite)

3) Redressement des déclarations précédentes

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

☐ Oui

☐ Non

Remarque : Si non, ou si plus d'une personne demande le montant pour personnes handicapées, vous devrez envoyer un formulaire T1-ADJ pour chaque année à redresser ou une lettre contenant les détails de vos demandes.

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

☐ Oui, redressez mes déclarations précédentes pour toutes les années visées.

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

4) Autorisation du particulier (obligatoire)

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 : _____

Si ce formulaire n'est pas signé par la personne handicapée ou son représentant légal (ou si la personne a moins de 18 ans, son tuteur légal), **l'ARC ne le traitera pas.**

Numéro de téléphone : _____

Date :

Année			Mois		Jour

Les renseignements personnels (y compris le NAS) sont recueillis et utilisés aux fins d'appliquer ou d'exécuter 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 communiqués à une autre institution gouvernementale fédérale, provinciale, territoriale, autochtone ou étrangère dans la mesure où le droit l'autorise. Le défaut de fournir ces renseignements pourrait entraîner un paiement d'intérêts ou de 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.

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 présente 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 15 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'informera de sa décision. Si l'ARC a besoin de plus de renseignements, on pourrait communiquer avec vous.

Les renseignements personnels (y compris le NAS) sont recueillis et utilisés aux fins d'appliquer ou d'exécuter 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 communiqués à une autre institution gouvernementale fédérale, provinciale, territoriale, autochtone ou étrangère dans la mesure où le droit l'autorise. Le défaut de fournir ces renseignements pourrait entraîner un paiement d'intérêts ou de 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.

Nom du patient : _____

Protégé B une fois rempli

Si votre patient a une déficience à voir, initiez votre désignation professionnelle et remplissez cette section.

Voir

_____ Médecin

_____ Infirmier praticien

_____ Optométriste

- 1) Énumérez toutes les conditions médicales ou les diagnostics affectant à la capacité de votre patient de voir et fournissez l'année du diagnostic (si disponible) :

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

Œil gauche après correction

Acuité visuelle

- ☐ Mesurable sur la carte Snellen (indiquez l'acuité)

(/) Exemple : 20/200, 6/60

- ☐ Compte des doigts
☐ Aucune perception lumineuse
☐ Perception lumineuse
☐ Perçoit les mouvements de la main

Champ de vision (fournissez le plus grand diamètre)

() degrés

Œil droit après correction

Acuité visuelle

- ☐ Mesurable sur la carte Snellen (indiquez l'acuité)

(/) Exemple : 20/200, 6/60

- ☐ Compte des doigts
☐ Aucune perception lumineuse
☐ Perception lumineuse
☐ Perçoit les mouvements de la main

Champ de vision (fournissez le plus grand diamètre)

() degrés

- 3) Votre patient répond-il à au moins un des critères suivants dans les deux yeux, même en utilisant des lentilles de correction et en prenant des médicaments?

- 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 ☐ Non¹

¹Si vous avez répondu non et que votre patient a des déficiences dans deux catégories ou plus, il pourrait être admissible dans la catégorie « Effet cumulatif des limitations considérables » à la page 14.

- 4) Indiquez l'année au cours de laquelle votre patient a développé une déficience d'après vos réponses précédentes :

--	--	--	--	--

Année

- 5) La déficience de votre 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

- 6) La déficience de votre 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

Si votre patient a une déficience à parler, initiez votre désignation professionnelle et remplissez cette section.

Parler

_____ Médecin

_____ Infirmier praticien

_____ Orthophoniste

- 1) Indiquez toutes les conditions médicales ou les diagnostics affectant la capacité de votre patient à parler, afin d'être compris par une personne de sa connaissance dans un endroit calme, et fournissez l'année du diagnostic (si disponible) :

- 2) Votre patient prend-il des médicaments qui aident à gérer sa déficience à parler?

☐ Oui ☐ Non ☐ Incertain

- 3) Décrivez si votre patient utilise des appareils ou des soins thérapeutiques pour aider à gérer sa déficience à parler (par exemple, amplificateur vocal, thérapie comportementale) :

- 4) Donnez des exemples qui décrivent comment la capacité de parler de votre patient – afin d'être compris par une personne de sa connaissance dans un endroit calme – est limitée, même avec les soins thérapeutiques, les médicaments et les appareils appropriés – ceci est **obligatoire**.

Par exemple, il a besoin de répétitions pour être compris, a des difficultés d'articulation, a besoin de plus de temps pour trouver des mots ou pour répondre à des informations verbales, éprouve le mutisme ou utilise le langage des signes comme principal moyen de communication.

- 5) Votre patient est-il incapable de parler, ou prend-il un temps excessif pour le faire de façon à être compris (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, et ce, même avec les soins thérapeutiques, les médicaments et les appareils appropriés?

☐ Oui ☐ Non¹

¹Si vous avez répondu non et que votre patient a des déficiences dans deux catégories ou plus, il pourrait être admissible dans la catégorie « Effet cumulatif des limitations considérables » à la page 14.

- 6) Est-ce le cas toujours ou presque toujours (lisez la page 3)?

☐ Oui ☐ Non

- 7) Indiquez l'année au cours de laquelle votre patient a développé une déficience d'après vos réponses précédentes :
Année

- 8) La déficience de votre 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

- 9) La déficience de votre 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) Année ☐ Non ☐ Incertain

Si votre patient a une déficience à entendre, initiez votre désignation professionnelle et remplissez cette section.

Entendre

_____ Médecin

_____ Infirmier praticien

_____ Audiologiste

- 1) Indiquez toutes les conditions médicales ou les diagnostics affectant la capacité de votre patient à entendre une personne de sa connaissance dans un endroit calme et fournissez l'année du diagnostic (si disponible) :

- 2) Choisissez le niveau qui décrit le mieux la perte auditive de votre 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

- 3) Décrivez si votre patient utilise des appareils ou des soins thérapeutiques pour aider à gérer sa déficience à entendre (par exemple, implant cochléaire, appareil auditif) :

- 4) Donnez des exemples qui décrivent comment votre patient est limité dans sa capacité d'entendre une personne de sa connaissance dans un endroit calme, même avec les soins thérapeutiques, les médicaments et les appareils appropriés – ceci est **obligatoire**.

Par exemple, il a besoin de répétitions lorsqu'il écoute les autres, a une mauvaise reconnaissance des mots ou doit utiliser la lecture sur les lèvres ou le langage des signes pour comprendre la communication verbale.

- 5) Votre patient est incapable d'entendre, ou prend un temps excessif pour le faire de façon à comprendre (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, et ce, même avec les soins thérapeutiques, les médicaments et les appareils appropriés?

☐ Oui ☐ Non¹

¹Si vous avez répondu non et que votre patient a des déficiences dans deux catégories ou plus, il pourrait être admissible dans la catégorie « Effet cumulatif des limitations considérables » à la page 14.

- 6) Est-ce le cas toujours ou presque toujours (lisez la page 3)?

☐ Oui ☐ Non

- 7) Indiquez l'année au cours de laquelle votre patient a développé une déficience d'après vos réponses précédentes : Année

- 8) La déficience de votre 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

- 9) La déficience de votre 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

Nom du patient: _____

Protégé B une fois rempli

Si votre patient a une déficience à marcher, initiez votre désignation professionnelle et remplissez cette section.

Marcher

_____ Médecin

_____ Infirmier praticien

_____ Ergothérapeute

_____ Physiothérapeute

- 1) Indiquez toutes les conditions médicales ou les diagnostics affectant la capacité de votre patient à marcher et fournissez l'année du diagnostic (si disponible) :

- 2) Votre patient prend-il des médicaments qui aident à gérer sa déficience à marcher?

☐ Oui ☐ Non ☐ Incertain

- 3) Décrivez si votre patient utilise des appareils ou des soins thérapeutiques pour aider à gérer sa déficience à marcher (par exemple, canne, ergothérapie) :

- 4) Donnez des exemples qui décrivent comment la capacité de marcher (par exemple une courte distance de 100 mètres) de votre patient est limitée, même avec les soins thérapeutiques, les médicaments et les appareils appropriés – ceci est **obligatoire**.

Par exemple, il a besoin d'aide lorsqu'il marche, il a une perte d'équilibre modérée, il doit prendre des pauses fréquentes en marchant en raison de la douleur ou de l'essoufflement.

- 5) Votre patient est-il incapable de marcher, ou prend-il un temps excessif pour marcher (au moins trois fois plus de temps qu'une personne d'âge similaire sans déficience à marcher), par exemple une courte distance telle que 100 mètres et ce, même avec les soins thérapeutiques, les médicaments et les appareils appropriés?

☐ Oui ☐ Non¹

¹Si vous avez répondu non et que votre patient a des déficiences dans deux catégories ou plus, il pourrait être admissible dans la catégorie « Effet cumulatif des limitations considérables » à la page 14.

- 6) Est-ce le cas toujours ou presque toujours (lisez la page 3)?

☐ Oui ☐ Non

- 7) Indiquez l'année au cours de laquelle votre patient a développé une déficience d'après vos réponses précédentes :

--	--	--	--

 Année

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

☐ Oui ☐ Non

- 9) La déficience de votre 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)

--	--	--	--

 Année ☐ Non ☐ Incertain

Nom du patient: _____

Protégé B une fois rempli

Si votre patient a une déficience à évacuer, initiez votre désignation professionnelle et remplissez cette section.

Évacuer

_____ Médecin

_____ Infirmier praticien

- 1) Indiquez toutes les conditions médicales ou les diagnostics affectant la capacité de votre patient à gérer lui-même ses fonctions intestinales ou vésicales et fournissez l'année du diagnostic (si elle est connue) :

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

☐ Oui ☐ Non ☐ Incertain

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

- 4) Donnez des exemples qui décrivent la façon dont la capacité de votre patient à gérer ses fonctions intestinales ou vésicales est limitée, même avec les soins thérapeutiques, les médicaments et les appareils appropriés – ceci est **obligatoire**.

Par exemple, il a besoin d'aide d'une autre personne, il dépend de lavements en raison de constipation chronique, il porte des culottes d'incontinence pour gérer l'incontinence fécale ou urinaire, ou il nécessite un cathétérisme intermittent.

- 5) Votre patient est-il incapable de gérer lui-même ses fonctions intestinales ou vésicales ou prend-il un temps excessif pour gérer lui-même ses fonctions intestinales ou vésicales (au moins trois fois plus de temps qu'une personne d'âge similaire sans déficience de ces fonctions) et ce, même avec les soins thérapeutiques, les médicaments et les appareils appropriés?

☐ Oui ☐ Non¹

¹Si vous avez répondu non et que votre patient a des déficiences dans deux catégories ou plus, il pourrait être admissible dans la catégorie « Effet cumulatif des limitations considérables » à la page 14.

- 6) Est-ce le cas toujours ou presque toujours (lisez la page 3)?

☐ Oui ☐ Non

- 7) Indiquez l'année au cours de laquelle votre patient a développé une déficience d'après vos réponses précédentes : Année

- 8) La déficience de votre 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

- 9) La déficience de votre 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) Année ☐ Non ☐ Incertain

Nom du patient: _____

Protégé B une fois rempli

Si votre patient a une déficience à se nourrir, initiez votre désignation professionnelle et remplissez cette section.

Se nourrir

_____ Médecin

_____ Infirmier praticien

_____ Ergothérapeute

- 1) Indiquez toutes les conditions médicales ou les diagnostics qui affectent la capacité du patient à se nourrir et fournissez l'année du diagnostic (si elle est connue) :

- 2) Votre patient prend-il des médicaments pour l'aider à gérer sa limitation à se nourrir?

☐ Oui ☐ Non ☐ Incertain

- 3) Décrivez si votre patient utilise des appareils ou des soins thérapeutiques pour aider à gérer 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, même avec les soins thérapeutiques, les médicaments et les appareils appropriés – ceci est **obligatoire**.

Se nourrir inclut 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.

Par exemple, il n'est pas en mesure de tenir des ustensiles, il dépend exclusivement de l'alimentation par gavage ou il a besoin de l'aide d'une autre personne pour préparer ses repas ou pour se nourrir.

- 5) Votre patient est-il incapable de se nourrir ou prend-il un temps excessif pour le faire (au moins trois fois plus de temps qu'une personne d'âge similaire sans déficience de cette capacité), et ce, même avec les soins thérapeutiques, les médicaments et les appareils appropriés?

☐ Oui ☐ Non¹

¹Si vous avez répondu non et que votre patient a des déficiences dans deux catégories ou plus, il pourrait être admissible dans la catégorie « Effet cumulatif des limitations considérables » à la page 14.

- 6) Est-ce le cas toujours ou presque toujours (lisez la page 3)?

☐ Oui ☐ Non

- 7) Indiquez l'année au cours de laquelle votre patient a développé une déficience d'après vos réponses précédentes : Année

- 8) La déficience de votre 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

- 9) La déficience de votre 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) Année ☐ Non ☐ Incertain

Nom du patient: _____

Protégé B une fois rempli

Si votre patient a une déficience à s'habiller, initiez votre désignation professionnelle et remplissez cette section.

S'habiller

_____ Médecin

_____ Infirmier praticien

_____ Ergothérapeute

- 1) Indiquez toutes les conditions médicales ou les diagnostics affectant la capacité de votre patient à s'habiller et fournissez l'année du diagnostic (si elle est connue) :

- 2) Votre patient prend-il des médicaments pour l'aider à gérer sa déficience à s'habiller?

☐ Oui ☐ Non ☐ Incertain

- 3) Décrivez si votre patient utilise des appareils ou des soins thérapeutiques pour aider à gérer sa déficience 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, même avec les soins thérapeutiques, les médicaments et les appareils appropriés – ceci est **obligatoire**.

S'habiller n'inclut pas l'identification, la recherche, le magasinage ou l'obtention de vêtements.

Par exemple, il ressent une douleur sévère dans ses membres supérieurs, il a souvent une amplitude de mouvement modérément limitée ou il a besoin de l'aide d'une autre personne pour s'habiller.

- 5) Votre 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), et ce, même avec les soins thérapeutiques, les médicaments et les appareils appropriés?

☐ Oui ☐ Non¹

¹Si vous avez répondu non et que votre patient a des déficiences dans deux catégories ou plus, il pourrait être admissible dans la catégorie « Effet cumulatif des limitations considérables » à la page 14.

- 6) Est-ce le cas toujours ou presque toujours (lisez la page 3)?

☐ Oui ☐ Non

- 7) Indiquez l'année au cours de laquelle votre patient a subi une déficience d'après vos réponses précédentes : Année

- 8) La déficience de votre 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

- 9) La déficience de votre 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

Si votre patient a une déficience des fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante, initiez votre désignation professionnelle et remplissez cette section.

_____ Médecin

_____ Infirmier praticien

_____ Psychologue

Les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante comprennent l'apprentissage fonctionnel à l'autonomie, l'attention, la concentration, l'atteinte d'objectifs, le jugement, la mémoire, la perception de la réalité, la résolution de problèmes, le contrôle du comportement et des émotions, ainsi que la compréhension verbale et non verbale.

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

- 2) Votre patient prend-il des médicaments pour l'aider à gérer sa déficience à effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante?

☐ Oui ☐ Non ☐ Incertain

Votre 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 avec laquelle les médicaments l'aident à gérer sa déficience à effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante :

☐ Efficace ☐ Modérément efficace ☐ Légèrement efficace ☐ Inefficace ☐ Incertain

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

- 4) Votre 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 (facultatif) :

Fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante (suite)

5) Sélectionnez la case qui représente le mieux l'étendue de la déficience du patient, selon le cas, pour chacune des fonctions mentales ci-dessous comparé à une personne du même âge sans déficience des fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante.

Remarque : Dans le cas d'un enfant, vous pouvez indiquer ses déficiences actuelles ou prévues.

		Aucune limitation	Certaines limitations	Limitations sévères
Apprentissage fonctionnel à l'autonomie	Accomplir des tâches quotidiennes nécessaires	☐	☐	☐
	Effectuer des activités d'hygiène de base ou de soins personnels	☐	☐	☐
	Effectuer des transactions simples et courantes	☐	☐	☐
	Exprimer ses besoins fondamentaux	☐	☐	☐
	S'adapter au changement	☐	☐	☐
	Sortir dans la communauté	☐	☐	☐
Attention	Démontrer un contrôle élémentaire des impulsions	☐	☐	☐
	Démontrer une conscience du danger et des risques pour sa sécurité	☐	☐	☐
Concentration	Absorber et extraire de l'information à court terme	☐	☐	☐
	Se concentrer sur une tâche simple, peu importe la durée	☐	☐	☐
Atteinte des objectifs	Faire des plans quotidiens simples et les réaliser	☐	☐	☐
	Se diriger lui-même pour commencer les tâches quotidiennes	☐	☐	☐
Jugement	Choisir des vêtements appropriés à la température	☐	☐	☐
	Comprendre les conséquences de ses actions et décisions	☐	☐	☐
	Prendre ses propres décisions au sujet des traitements et du bien-être	☐	☐	☐
	Reconnaître le risque d'être exploité par les autres	☐	☐	☐
Mémoire	Se souvenir de renseignements personnels de base (date de naissance, adresse)	☐	☐	☐
	Se souvenir d'instructions simples	☐	☐	☐
	Se souvenir d'objets qui lui sont importants ou pour lesquels il a un intérêt	☐	☐	☐
Perception de la réalité	Démontrer une compréhension exacte de la réalité	☐	☐	☐
	Distinguer la réalité des délires et des hallucinations	☐	☐	☐
Résolution de problèmes	Cerner les problèmes quotidiens	☐	☐	☐
	Mettre en œuvre des solutions à des problèmes simples	☐	☐	☐
Contrôle du comportement et des émotions	Démontrer des réactions émotionnelles appropriées à la situation	☐	☐	☐
	Réguler l'humeur pour prévenir le risque de préjudice à soi-même ou aux autres	☐	☐	☐
	Se comporter de façon appropriée à la situation	☐	☐	☐
Compréhension verbale et non verbale	Comprendre l'information ou les signaux non verbaux et y répondre	☐	☐	☐
	Comprendre l'information verbale et y répondre	☐	☐	☐

Les fonctions mentales nécessaires à la vie courante comprennent l'apprentissage fonctionnel à l'autonomie, l'attention, la concentration, l'atteinte des objectifs, le jugement, la mémoire, la perception de la réalité, la résolution de problèmes, le contrôle du comportement et des émotions, et la compréhension verbale et non verbale.

☐ Oui ☐ Non¹

☐ Oui ☐ Non

☐ Oui ☐ Non

☐ Oui (indiquez l'année) ☐ Non ☐ Incertain

Si votre patient a une déficience dans deux catégories ou plus, initiez votre désignation professionnelle et remplissez cette section.

_____ Médecin _____ Infirmier praticien _____ Ergothérapeute²

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

Effet cumulatif des limitations considérables

Lorsqu'une personne a une déficience dans deux catégories ou plus, elle pourrait être admissible sous « Effet cumulatif des limitations considérables » si l'effet combiné des limitations considérables équivaut à une limitation marquée (lisez la page 3).

1) Sélectionnez toutes les catégories pour lesquelles votre patient a des limitations considérables, même avec les soins thérapeutiques, les médicaments et les appareils appropriés :

- | | |
|--|--|
| ☐ Voir | ☐ Parler |
| ☐ Entendre | ☐ Marcher |
| ☐ Évacuer (fonctions intestinales ou vésicales) | ☐ Se nourrir |
| ☐ S'habiller | ☐ Fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante |

2) Donnez des exemples qui décrivent les limitations considérables de votre patient dans les catégories de déficience que vous avez sélectionnées ci-dessus, même avec les soins thérapeutiques, les médicaments et les appareils appropriés – ceci est **obligatoire**.

3) Les limitations de votre patient 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 considérables au cours de la même période.

☐ Oui ☐ Non

4) 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

5) Indiquez l'année où l'effet cumulatif des déficiences décrites ci-dessus a commencé :
Année

6) Les déficiences du patient dans deux catégories ou plus ont-elles duré ou est-il raisonnable de s'attendre à ce qu'elles durent au moins 12 mois consécutifs?

☐ Oui ☐ Non

7) Les déficiences de votre patient se sont-elles améliorées, ou s'attend-on à ce qu'elles s'améliorent à un point tel que votre patient ne serait plus déficient dans au moins deux des catégories sélectionnées?

☐ Oui (indiquez l'année) ☐ Non ☐ Incertain
Année

Soins thérapeutiques essentiels

Médecin

Infirmier praticien

Soins thérapeutiques essentiels – pour le diabète de type 1 (2021 et années suivantes)

Les personnes atteintes de diabète de type 1 sont réputées satisfaire aux critères d'admissibilité des soins thérapeutiques essentiels pour 2021 et les années suivantes.

1) Indiquez quand votre patient a été diagnostiqué atteint du diabète de type 1 : ☐ Avant 2021 – continuez à la question 2

☐ 2021 et après – indiquez l'année et passez à la section « Attestation » : 2 0 2

Soins thérapeutiques essentiels – pour toutes les conditions et soins thérapeutiques

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 **2 fois par semaine** (3 fois par semaine avant 2021).
- Le patient a besoin des soins thérapeutiques pendant une moyenne d'au moins **14 heures par semaine**, comprenant uniquement le temps que votre patient ou une autre personne doit consacrer aux soins thérapeutiques. Cela signifie que le temps qu'il consacre à des activités pour administrer les soins thérapeutiques l'oblige à prendre du temps sur ses activités quotidiennes normales. Le tableau suivant présente des exemples d'activités admissibles et non admissibles :

Activités admissibles qui comptent dans les 14 heures par semaine :

- Les activités directement liées à l'ajustement et à l'administration de la posologie d'un médicament ou à la détermination de la quantité d'un composé qui peut être consommé en toute sécurité
- Tenir à jour un registre lié aux soins thérapeutiques
- Gérer les restrictions ou les régimes alimentaires liés aux soins thérapeutiques exigeant la consommation quotidienne d'un aliment médical ou d'une préparation pour limiter l'apport d'un composé particulier ou exigeant une dose régulière de médicaments qui doit être ajustée quotidiennement
- Recevoir des soins thérapeutiques essentiels à la maison ou à un rendez-vous
- Configurer et entretenir l'équipement utilisé lors des soins thérapeutiques

Activités non admissibles qui ne comptent pas dans les 14 heures :

- Faire de l'exercice
- Gérer les restrictions ou les régimes alimentaires autres que dans les situations décrites dans les activités admissibles
- Les rendez-vous médicaux qui n'impliquent pas de recevoir des soins thérapeutiques ou de déterminer la dose quotidienne d'un médicament, d'un aliment médical ou d'une préparation
- Obtenir des médicaments
- La récupération après les soins thérapeutiques (sauf si médicalement nécessaire)
- Le temps qu'un appareil portable ou implanté prend à fournir les soins thérapeutiques
- Les déplacements pour recevoir des soins thérapeutiques

2) Indiquez les conditions médicales de votre patient et les soins thérapeutiques essentiels qu'il reçoit :

Soins thérapeutiques essentiels : ☐ Multiples injections quotidiennes d'insuline ☐ Pompe à insuline ☐ Hémodialyse ☐ Dialyse péritonéale
☐ Oxygénothérapie intermittente ☐ Oxygénothérapie 24h/24 ☐ Alimentation par sonde
☐ Kinésithérapie thoracique ☐ Autre (précisez) _____

Conditions médicales : ☐ Diabète de type 1 ☐ Diabète de type 2 ☐ Néphropathie terminale ☐ Phénylcétonurie (PKU)
☐ Fibrose kystique ☐ Autre (précisez) _____

3) Décrivez les activités admissibles auxquelles votre patient ou une autre personne consacre du temps pour administrer les soins thérapeutiques essentiels (consultez la liste de références ci-dessus) :

4) Votre patient reçoit-il ces soins thérapeutiques pour maintenir une fonction vitale? ☐ Oui ☐ Non

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

6) Indiquez le nombre moyen d'heures par semaine que votre patient ou une autre personne a besoin de consacrer aux activités pour administrer les soins thérapeutiques essentiels : _____ heures par semaine

7) Indiquez l'année où votre patient a commencé à avoir besoin de soins thérapeutiques essentiels comme mentionné dans vos réponses précédentes : Année

8) La déficience de votre 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 consécutifs? ☐ Oui ☐ Non

9) La déficience de votre patient qui nécessite les soins thérapeutiques essentiels s'est-elle améliorée ou s'attend-on à ce qu'elle s'améliore de telle sorte que votre patient 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 ☐ Oui ☐ Non
que vous atteste dans ce formulaire?

Sélectionnez le type de professionnel de la santé qui s'applique à vous. Cochez une case seulement :

- ☐ Médecin ☐ Infirmier praticien ☐ Optométriste ☐ Ergothérapeute
- ☐ Audiologiste ☐ Physiothérapeute ☐ Psychologue ☐ Orthophoniste

En tant que **professionnel de la santé**, j'atteste que ces renseignements sont, au meilleur de mes connaissances, exacts. 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
(facultatif) : _____

Numéro de téléphone : _____

Date : _____
Année Mois JourAdresse : _____

_____**Renseignements généraux****Crédit d'impôt pour personnes handicapées**

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.**Admissibilité**

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.

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.

Si vous avez des questions ou besoin d'aidePour en savoir plus après avoir lu ce formulaire, allez à canada.ca/credit-impot-personnes-handicapees ou composez le **1-800-959-7383**.

Pour usage interne : _____

Formulaires et publicationsPour 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 ligneSoumettre 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, numérisez 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 3M2Centre fiscal de Sudbury
Case postale 20000, succursale A
Sudbury ON P3A 5C1Centre fiscal de Jonquière
2251, boulevard René-Lévesque
Jonquière QC G7S 5J2