

Attestation de déficience

Ce formulaire s'adresse à vous si vous avez 18 ans ou plus et que vous devez nous fournir une attestation pour confirmer que vous, ou une personne à l'égard de qui vous demandez un crédit d'impôt, avez une déficience grave et prolongée des fonctions mentales ou physiques.

Il peut aussi servir à attester qu'une personne à l'égard de qui vous demandez le crédit d'impôt pour personne aidante a besoin d'assistance pour accomplir une activité courante de la vie quotidienne en raison d'une déficience grave et prolongée des fonctions mentales ou physiques.

Si ce formulaire est produit pour attester une **déficience grave et prolongée**, vous devez remplir les parties 1 et 2, et le professionnel de la santé doit remplir la partie 4. La partie 3 doit être signée par la personne ayant une déficience ou par son représentant légal, s'il y a lieu.

Si ce formulaire est produit aussi pour attester un **besoin d'assistance pour accomplir une activité courante de la vie quotidienne**, le professionnel de la santé doit également remplir la partie 5.

Joignez ce formulaire à votre déclaration de revenus ou envoyez-le-nous à l'une des adresses suivantes :

- C. P. 3000, succursale Place-Desjardins, Montréal (Québec) H5B 1A4
- 3800, rue de Marly, Québec (Québec) G1X 4A5

Avant de remplir ce formulaire, veuillez lire les renseignements à la page 6.

Années visées : _____

1 Renseignements sur la personne ayant une déficience

Nom de famille	Prénom
10 _____	11 _____
Numéro d'assurance sociale	Date de naissance
12 _____	13 _____ A A A A M M J J

2 Modification de vos déclarations de revenus

Si l'attestation est considérée comme admissible, nous pouvons modifier vos déclarations de revenus pour toutes les années comprises dans la période au cours de laquelle nous pouvons établir une nouvelle cotisation (généralement les trois années précédentes) afin d'y inclure le montant pour déficience grave et prolongée des fonctions mentales et physiques.

Voulez-vous que nous modifiions vos déclarations de revenus pour toutes les années comprises dans la période mentionnée ci-dessus afin d'y inclure ce montant? Oui Non

Si vous avez répondu **oui** et que le délai prévu pour l'établissement d'un avis de nouvelle cotisation est expiré à l'égard d'une année, nous communiquerons avec vous.

3 Signature de la personne ayant une déficience

Je déclare que tous les renseignements fournis dans ce formulaire sont, à ma connaissance, exacts et complets. J'autorise le ou les professionnels de la santé mentionnés aux parties 4 et 5 à fournir à Revenu Québec tous les renseignements nécessaires en lien avec mon dossier médical. De plus, j'autorise Revenu Québec à discuter des renseignements contenus dans ce formulaire avec ce ou ces professionnels pour l'exécution de leur mandat.

Prénom et nom de famille du représentant légal, s'il y a lieu (en majuscules)	Date
---	------

Signature de la personne ayant une déficience ou de son représentant légal	Téléphone
--	-----------



4 Évaluation de la déficience (à remplir par le professionnel de la santé)

Vous devez évaluer la durée et les effets de la déficience dont votre patient est atteint et qui **limite de façon marquée** sa capacité d'accomplir une activité courante de la vie quotidienne. Vous devez comparer ses fonctions mentales ou physiques à celles d'une personne du même âge chronologique qui n'a pas de déficience.

Pour attester une déficience, vous devez pouvoir répondre **oui** à l'une des questions des lignes 20 à 38 **et** à celle de la ligne 40.

Notez que vous pouvez répondre aux questions liées à une capacité particulière **seulement** si vous êtes l'un des professionnels de la santé autorisés à attester les renseignements concernant cette capacité (voyez ci-après les professionnels de la santé autorisés pour chacune des capacités énumérées).

Une déficience **limite de façon marquée** la capacité d'une personne d'accomplir une activité courante de la vie quotidienne si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils ou de médicaments, la personne est **toujours ou presque toujours** (soit au moins 90 % du temps) incapable d'accomplir l'activité sans y consacrer un **temps excessif**.

En général, nous considérons qu'une personne consacre un **temps excessif** à l'accomplissement d'une activité courante de la vie quotidienne si elle doit prendre **considérablement plus de temps** (par exemple, trois fois le temps moyen) pour accomplir cette activité que la moyenne des personnes de son âge n'ayant pas de déficience.

Nom du patient : _____

Voir – Médecin, infirmier praticien spécialisé ou optométriste

La capacité de voir de votre patient est limitée de façon marquée si, même à l'aide de verres correcteurs ou de médicaments, il est incapable de voir.

Nous considérons que la capacité de voir est limitée de façon marquée si une personne est aveugle ou si elle 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.

La capacité de voir de votre patient est-elle limitée de façon marquée, comme décrit ci-dessus? 20 Oui Non

Si **oui**, en quelle année sa capacité de voir est-elle devenue limitée de façon marquée? 21 [.....]

Parler – Médecin, infirmier praticien spécialisé ou orthophoniste

La capacité de parler de votre patient est limitée de façon marquée si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils ou de médicaments, il 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.

La capacité de parler de votre patient est-elle limitée de façon marquée, comme décrit ci-dessus? 22 Oui Non

Si **oui**, en quelle année sa capacité de parler est-elle devenue limitée de façon marquée? 23 [.....]

Entendre – Médecin, infirmier praticien spécialisé ou audiologiste

La capacité d'entendre de votre patient est limitée de façon marquée si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils ou de médicaments, il est toujours ou presque toujours incapable d'entendre de manière à comprendre (sans lire sur les lèvres) une conversation orale dans un **environnement calme**.

La capacité d'entendre de votre patient est-elle limitée de façon marquée, comme décrit ci-dessus? 24 Oui Non

Si **oui**, en quelle année sa capacité d'entendre est-elle devenue limitée de façon marquée? 25 [.....]

Marcher – Médecin, infirmier praticien spécialisé, ergothérapeute ou physiothérapeute

La capacité de marcher de votre patient est limitée de façon marquée si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils ou de médicaments, il est toujours ou presque toujours incapable de marcher, ou s'il lui faut un temps excessif pour le faire.

Nous considérons que la capacité de marcher est limitée de façon marquée si une personne est incapable de faire environ 100 mètres sur un terrain plat ou si, même en marchant à son propre rythme, elle ne peut pas faire 100 mètres sans s'arrêter pour cause d'essoufflement.

La capacité de marcher de votre patient est-elle limitée de façon marquée, comme décrit ci-dessus? 26 Oui Non

Si **oui**, en quelle année sa capacité de marcher est-elle devenue limitée de façon marquée? 27 [.....]



Nom du patient: _____

Évacuer (fonctions intestinales ou vésicales) – Médecin ou infirmier praticien spécialisé

La capacité d'évacuer de votre patient est limitée de façon marquée si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils ou de médicaments, il est toujours ou presque toujours incapable d'accomplir les fonctions d'évacuation intestinale ou vésicale, ou s'il lui faut un temps excessif pour le faire.

Nous considérons que la capacité d'évacuer est limitée de façon marquée si une personne est toujours ou presque toujours incontinente. Cette capacité n'est pas nécessairement considérée comme limitée de façon marquée dans le cas d'une stomie simple.

La capacité d'évacuer de votre patient est-elle limitée de façon marquée, comme décrit ci-dessus? 28 Oui Non

Si **oui**, en quelle année sa capacité d'évacuer est-elle devenue limitée de façon marquée? 29 [.....]

S'alimenter – Médecin, infirmier praticien spécialisé ou ergothérapeute

La capacité de s'alimenter de votre patient est limitée de façon marquée si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils ou de médicaments, il est toujours ou presque toujours incapable de s'alimenter sans l'aide de quelqu'un, ou s'il lui faut un temps excessif pour le faire.

Le fait de s'alimenter **ne comprend pas** les activités qui consistent à identifier, à rechercher, à acheter ou à se procurer des aliments, ni la préparation des aliments si le temps consacré à cette préparation l'est en raison d'une restriction alimentaire ou d'un régime alimentaire.

Nous considérons que la capacité de s'alimenter est limitée de façon marquée si une personne est incapable de faire usage de ses membres supérieurs pour s'alimenter.

La capacité de s'alimenter de votre patient est-elle limitée de façon marquée, comme décrit ci-dessus? 30 Oui Non

Si **oui**, en quelle année sa capacité de s'alimenter est-elle devenue limitée de façon marquée? 31 [.....]

S'habiller – Médecin, infirmier praticien spécialisé ou ergothérapeute

La capacité de s'habiller de votre patient est limitée de façon marquée si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils ou de médicaments, il est toujours ou presque toujours incapable de s'habiller sans l'aide de quelqu'un, ou s'il lui faut un temps excessif pour le faire.

Le fait de s'habiller **ne comprend pas** les activités qui consistent à identifier, à rechercher, à acheter ou à se procurer des vêtements.

Nous considérons que la capacité de s'habiller est limitée de façon marquée si une personne devient essoufflée en s'habillant ou si elle est incapable de faire usage de ses membres supérieurs pour s'habiller.

La capacité de s'habiller de votre patient est-elle limitée de façon marquée, comme décrit ci-dessus? 32 Oui Non

Si **oui**, en quelle année sa capacité de s'habiller est-elle devenue limitée de façon marquée? 33 [.....]

Effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités courantes de la vie quotidienne – Médecin, infirmier praticien spécialisé ou psychologue

La capacité de votre patient d'effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités courantes de la vie quotidienne est limitée de façon marquée si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils ou de médicaments, il est toujours ou presque toujours incapable d'effectuer ces fonctions mentales, ou s'il lui faut un temps excessif pour le faire.

Les fonctions mentales nécessaires aux activités courantes de la vie quotidienne englobent

- la mémoire (par exemple, la capacité de se souvenir d'instructions simples, de renseignements personnels, tels que son nom et son adresse, ou de sujets d'importance ou d'intérêt);
- la résolution de problèmes, l'atteinte d'objectifs et le jugement (par exemple, la capacité de résoudre les problèmes de tous les jours, d'établir et d'atteindre des objectifs, de prendre des décisions et de porter des jugements appropriés);
- l'apprentissage fonctionnel à l'indépendance (par exemple, les fonctions qui touchent les soins personnels, la santé et la sécurité, les aptitudes sociales et les transactions simples et ordinaires).

Nous considérons que la capacité d'effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités courantes de la vie quotidienne est limitée de façon marquée si une personne 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 (s'alimenter, voir à son hygiène corporelle, s'habiller, etc.) sans supervision.

La capacité de votre patient d'effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités courantes de la vie quotidienne est-elle limitée de façon marquée, comme décrit ci-dessus? 34 Oui Non

Si **oui**, en quelle année sa capacité d'effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités courantes de la vie quotidienne est-elle devenue limitée de façon marquée? 35 [.....]



Nom du patient: _____

Effets cumulatifs de limitations multiples – Médecin, infirmier praticien spécialisé ou ergothérapeute¹

Votre patient a des limitations qui équivalent au fait d’être limité de façon marquée dans la capacité d’accomplir une activité courante de la vie quotidienne (parler, entendre, marcher, évacuer, s’alimenter, s’habiller ou effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités courantes de la vie quotidienne) si, même à l’aide de soins thérapeutiques, d’appareils ou de médicaments, les conditions suivantes sont remplies (cochez les cases appropriées).

1. Votre patient est toujours ou presque toujours limité de façon importante dans sa capacité d’accomplir au moins **deux** activités courantes de la vie quotidienne ou limité de façon importante dans sa capacité de voir et d’accomplir seul au moins **une** activité courante de la vie quotidienne.
 Notez qu’une déficience visuelle qui ne peut pas être corrigée ni atténuée à l’aide de verres correcteurs ou d’autres appareils visuels peut être prise en compte si elle est combinée avec une ou plusieurs limitations dans les activités courantes de la vie quotidienne pour la détermination des effets cumulatifs d’une ou plusieurs limitations.
2. Les effets cumulatifs des limitations équivalent au fait d’être limité de façon marquée dans sa capacité d’accomplir une seule activité courante de la vie quotidienne.
3. Les limitations et leurs effets sont toujours ou presque toujours présents ensemble.

À titre d’exemple, une personne atteinte de sclérose en plaques pourrait avoir une déficience considérée comme grave si elle éprouve continuellement de la fatigue, des états dépressifs et des problèmes d’équilibre et que la combinaison de ces limitations engendre un effet équivalant à une incapacité d’accomplir une activité courante de la vie quotidienne, et ce, même si chaque limitation prise isolément ne limite pas de façon marquée sa capacité d’accomplir une activité courante de la vie quotidienne.

Est-ce que les trois conditions décrites ci-dessus s’appliquent à votre patient? 36 Oui Non

Si vous avez répondu **oui**, indiquez quelles capacités de votre patient sont limitées (au moins deux).

- Voir Parler Entendre Marcher Évacuer S’alimenter S’habiller
- Effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités courantes de la vie quotidienne

Si **oui**, en quelle année les effets cumulatifs des limitations multiples ont-ils commencé? 37

Temps consacré aux soins thérapeutiques essentiels – Médecin ou infirmier praticien spécialisé

Votre patient consacre du temps à des soins thérapeutiques qui sont essentiels au maintien de l’une de ses fonctions vitales si, en raison d’une maladie chronique, il reçoit au moins **deux fois par semaine** des soins thérapeutiques prescrits par un médecin ou un infirmier praticien spécialisé, et s’il doit y consacrer au total au moins **14 heures par semaine** (y compris le temps pour les déplacements, les visites médicales et la récupération nécessaire après un traitement).

Les soins thérapeutiques essentiels **ne comprennent pas** les soins qui peuvent avoir un effet bénéfique sur des personnes qui ne sont pas atteintes d’une maladie chronique (par exemple, les programmes d’exercices, les diètes, l’hygiène ou une médication).

En raison d’une maladie chronique, votre patient doit-il consacrer du temps à des soins thérapeutiques qui sont prescrits par un médecin ou un infirmier praticien spécialisé et qui sont essentiels au maintien de l’une de ses fonctions vitales, comme décrit ci-dessus? 38 Oui Non

Si **oui**, à partir de quelle année les soins thérapeutiques essentiels remplissent-ils les conditions mentionnées ci-dessus? 39

Veillez décrire les soins thérapeutiques prescrits: _____

1. Un ergothérapeute peut attester la déficience si les limitations multiples sont liées exclusivement au fait de marcher, de s’alimenter ou de s’habiller.



4 Évaluation de la déficience (suite)

Nom du patient : _____

Durée de la déficience

Si vous avez répondu **oui** à l'une des questions des lignes 20 à 38, est-ce que la déficience dont votre patient est atteint dure depuis au moins **12 mois** consécutifs ou, si elle a commencé dans l'année, est-il raisonnable de s'attendre à ce qu'elle se poursuive pendant au moins **12 mois** consécutifs? 40 Oui Non

Si vous avez répondu **oui** à la question de la ligne 40, peut-on s'attendre à une amélioration de l'état de votre patient, de sorte que sa capacité de voir ou d'accomplir une activité courante de la vie quotidienne ne soit plus limitée de façon marquée ou l'équivalent (à cause des effets cumulatifs de limitations multiples), ou qu'il n'ait plus besoin de soins thérapeutiques essentiels? 41 Oui Non Incertain

Si vous avez répondu **oui** à la question de la ligne 41, quelle est l'année réelle ou probable de l'amélioration? 42 [.....]

Description de la déficience

Décrivez la déficience de votre patient et l'incapacité qui en résulte. Si l'espace est insuffisante, joignez une feuille au formulaire.

Signature du professionnel de la santé

Cochez la case correspondant à la catégorie de professionnel de la santé à laquelle vous appartenez.

- | | | | |
|---|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Médecin | <input type="checkbox"/> Infirmier praticien spécialisé | <input type="checkbox"/> Optométriste | <input type="checkbox"/> Orthophoniste |
| <input type="checkbox"/> Ergothérapeute | <input type="checkbox"/> Physiothérapeute | <input type="checkbox"/> Psychologue | <input type="checkbox"/> Audiologiste |

En tant que **professionnel de la santé**, je déclare que les renseignements fournis dans la partie 4 de ce formulaire sont exacts et complets.

_____	_____				
Nom (en majuscules)	Adresse du bureau				
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Signature	Date	Numéro de permis provincial	Ind. rég.	Téléphone	Poste

5 Attestation du besoin d'assistance pour accomplir une activité courante de la vie quotidienne

Cette partie peut être remplie par le même professionnel de la santé que celui qui atteste la déficience grave et prolongée des fonctions mentales et physiques.

Nom du patient : _____

Est-ce que votre patient a une déficience grave et prolongée des fonctions mentales ou physiques qui nécessite un besoin d'assistance pour accomplir une activité courante de la vie quotidienne? 46 Oui Non

Si oui, depuis quelle année² a-t-il besoin d'assistance pour accomplir une activité courante de la vie quotidienne en raison d'une déficience grave et prolongée? 47 [.....]

Signature du professionnel de la santé

Cochez la case correspondant à la catégorie de professionnel de la santé à laquelle vous appartenez.

- | | | | |
|---|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Médecin | <input type="checkbox"/> Infirmier praticien spécialisé | <input type="checkbox"/> Optométriste | <input type="checkbox"/> Orthophoniste |
| <input type="checkbox"/> Ergothérapeute | <input type="checkbox"/> Physiothérapeute | <input type="checkbox"/> Psychologue | <input type="checkbox"/> Audiologiste |

En tant que **professionnel de la santé**, je déclare que les renseignements fournis dans la partie 5 de ce formulaire sont exacts et complets.

_____	_____				
Nom (en majuscules)	Adresse du bureau				
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Signature	Date	Numéro de permis provincial	Ind. rég.	Téléphone	Poste

2. La notion du besoin d'assistance d'une personne pour accomplir une activité courante de la vie quotidienne s'applique uniquement depuis 2018.



Renseignements

Qu'est-ce que le montant pour déficience grave et prolongée des fonctions mentales ou physiques?

Le montant pour déficience grave et prolongée des fonctions mentales ou physiques est un crédit d'impôt non remboursable qui aide les personnes de 18 ans ou plus qui sont atteintes d'une déficience (ou les personnes qui demandent ce montant à leur égard) à réduire l'impôt sur le revenu qu'elles pourraient avoir à payer.

Pour pouvoir demander ce montant, vous devez nous fournir cette attestation. Nous vous accorderons ensuite le montant si nous déterminons que cette dernière est admissible. Si tel est le cas, vous pourrez également bénéficier d'autres avantages fiscaux (par exemple, la déduction pour produits et services de soutien à une personne handicapée) et permettre à d'autres personnes de bénéficier de certains avantages (par exemple, le crédit d'impôt pour personne aidante).

Pour plus de renseignements sur les mesures fiscales visant les personnes handicapées, consultez la publication *Les personnes handicapées et les avantages fiscaux* (IN-132), accessible dans notre site Internet, à revenuquebec.ca.

Joignez ce formulaire à votre déclaration si vous demandez le montant pour déficience grave et prolongée des fonctions mentales ou physiques pour la première fois. Notez que vous n'avez pas à remplir ce formulaire tous les ans. Toutefois, si votre état (ou celui de la personne à l'égard de qui vous demandez ce montant) s'est amélioré depuis la dernière fois qu'une attestation a été produite, vous devez nous en aviser. Conservez une copie de ce formulaire dans vos dossiers.

Note

Si vous avez reçu un diagnostic de trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité posé par un professionnel de la santé, vous pourriez ne pas être considéré comme admissible au montant pour déficience grave et prolongée des fonctions mentales ou physiques. Cela pourrait arriver si, par exemple, vous êtes en mesure de gérer votre déficience et de vous y adapter au quotidien par la prise de médicaments ou en adoptant diverses stratégies. Dans un tel cas, votre capacité d'accomplir une activité courante de la vie quotidienne pourrait ne pas être considérée comme étant limitée de façon marquée.

Qu'est-ce qu'une déficience grave et prolongée?

Une déficience est considérée comme **grave** si la personne qui en est atteinte présente l'une des caractéristiques suivantes :

- malgré les soins thérapeutiques, les appareils ou les médicaments appropriés, elle est toujours ou presque toujours
 - soit incapable de voir,
 - soit limitée de façon marquée dans la capacité d'accomplir une activité courante de la vie quotidienne³ (parler, entendre, marcher, évacuer, s'alimenter, s'habiller ou effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités courantes de la vie quotidienne), ou il lui faut un temps excessif pour le faire,
 - soit limitée de façon importante dans sa capacité d'accomplir plus d'une activité courante de la vie quotidienne, y compris le fait de voir (à condition que les effets cumulatifs de ces limitations soient équivalents au fait d'être limité de façon marquée dans la capacité d'accomplir une activité courante de la vie quotidienne³);

- en raison d'une maladie chronique, elle reçoit, au moins deux fois par semaine, des soins thérapeutiques qui
 - sont prescrits par un médecin ou un infirmier praticien spécialisé,
 - sont essentiels au maintien de l'une de ses fonctions vitales,
 - exigent qu'elle y consacre au total au moins 14 heures par semaine (y compris le temps pour les déplacements, les visites médicales et la récupération nécessaire après un traitement).

Une déficience est considérée comme **prolongée** dans les deux cas suivants :

- elle dure depuis au moins 12 mois consécutifs;
- elle a commencé dans l'année, et il est raisonnable de s'attendre à ce qu'elle se poursuive pendant au moins 12 mois consécutifs.

Vous trouverez à la page 7 un **questionnaire d'autoévaluation** qui vous aidera à déterminer s'il s'agit d'une déficience grave et prolongée des fonctions mentales ou physiques.

Notes

- Une personne peut recevoir une **rente d'invalidité** du Régime de rentes du Québec, ou d'autres prestations semblables, sans être pour autant considérée, en vertu de la Loi sur les impôts, comme une personne ayant une déficience grave et prolongée des fonctions mentales ou physiques.
- Une personne n'a pas droit au montant pour déficience grave et prolongée des fonctions mentales ou physiques relativement à des frais de séjour à temps plein dans une maison de santé qui ont déjà servi à calculer un crédit d'impôt pour frais médicaux dans sa déclaration de revenus ou dans celle d'une autre personne, sauf si les conditions suivantes sont remplies :
 - la maison de santé a délivré un reçu qui indique précisément un montant se rapportant à des soins d'un préposé;
 - ce montant est égal ou inférieur à 10 000 \$;
 - seule la partie des frais de séjour correspondant à ce montant a été incluse dans le montant des frais médicaux.
 Il en est de même pour la rémunération versée à un préposé aux soins à temps plein, sauf si cette rémunération est égale ou inférieure à 10 000 \$.
- Nous pourrions demander à toute personne dont le nom figure dans ce formulaire de nous fournir par écrit des renseignements additionnels concernant la déficience de la personne atteinte et ses effets sur elle, ou des renseignements additionnels concernant les soins thérapeutiques essentiels que cette personne doit recevoir, s'il y a lieu.

Besoin d'un représentant légal?

Si vous désirez autoriser une personne à vous représenter ou à obtenir des renseignements concernant votre dossier auprès de Revenu Québec, assurez-vous de joindre à cette attestation le formulaire *Autorisation relative à la communication de renseignements ou procuration* (MR-69) dûment rempli et signé.

Besoin d'information?

Pour obtenir plus de renseignements, vous pouvez communiquer avec nous par téléphone en composant le 1 800 267-6299 ou consulter notre site Internet à revenuquebec.ca.

3. Le travail rémunéré, les travaux ménagers et les activités sociales ou récréatives ne sont pas considérés comme des activités courantes de la vie quotidienne.



Questionnaire d'autoévaluation de la déficience (à remplir par le particulier)

Ce questionnaire ne remplace pas l'*Attestation de déficience*. Il est fourni pour vous aider à déterminer si vous (ou la personne à l'égard de qui vous demandez un crédit d'impôt dans votre déclaration de revenus) avez une déficience qui **pourrait** être considérée comme étant une déficience grave et prolongée des fonctions mentales ou physiques.

Répondez aux questions en cochant les cases appropriées.

<p>Est-ce que vous (ou la personne à l'égard de qui vous demandez un crédit d'impôt dans votre déclaration de revenus) avez une déficience des fonctions mentales ou physiques qui dure depuis au moins 12 mois consécutifs ou dont la durée prévue est d'au moins 12 mois consécutifs?</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>Est-ce que, même à l'aide de verres correcteurs ou de médicaments, vous (ou la personne à l'égard de qui vous demandez un crédit d'impôt dans votre déclaration de revenus) êtes incapable de voir?</p>	<p>2 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>Est-ce que, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils ou de médicaments, vous (ou la personne à l'égard de qui vous demandez un crédit d'impôt dans votre déclaration de revenus) êtes incapable d'accomplir l'une des activités courantes de la vie quotidienne?</p> <p>On entend par <i>activités courantes de la vie quotidienne</i> les activités suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • parler; • entendre; • marcher; • évacuer (fonctions intestinales ou vésicales); • s'alimenter; • s'habiller; • effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités courantes de la vie quotidienne. 	<p>3 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>Est-ce que, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils ou de médicaments, vous (ou la personne à l'égard de qui vous demandez un crédit d'impôt dans votre déclaration de revenus) êtes dans l'une des situations suivantes?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vous êtes limité de façon importante dans votre capacité d'accomplir au moins deux des activités courantes de la vie quotidienne mentionnées à la question 3. • Vous êtes limité de façon importante dans votre capacité de voir et d'accomplir au moins l'une des activités courantes de la vie quotidienne mentionnées à la question 3. <p>Répondez oui uniquement si les effets cumulatifs de ces limitations sont toujours ou presque toujours présents ensemble et qu'ils équivalent à l'incapacité d'accomplir une activité courante de la vie quotidienne.</p>	<p>4 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p>Est-ce que vous (ou la personne à l'égard de qui vous demandez un crédit d'impôt dans votre déclaration de revenus) recevez des soins thérapeutiques qui remplissent les conditions suivantes?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ils sont prescrits par un médecin. • Ils sont essentiels au maintien de l'une de vos fonctions vitales. • Ils sont répartis en au moins deux séances par semaine (totalisant au moins 14 heures par semaine). 	<p>5 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>

La déficience est-elle considérée comme grave et prolongée?

Si vous avez répondu **oui** à la question 1 et **oui** à l'une des questions 2 à 5, la déficience pourrait être considérée comme grave et prolongée. Remplissez les parties 1, 2 et 3 du formulaire d'attestation et **faites remplir la partie 4 et, s'il y a lieu, la partie 5** par un professionnel de la santé. Envoyez-nous le formulaire dûment rempli.

Si vous avez répondu **non** à la question 1, la déficience n'est pas considérée comme prolongée. Si vous avez répondu **non** aux autres questions, la déficience n'est pas considérée comme grave.

Si vos réponses indiquent que la déficience n'est pas considérée comme grave et prolongée, mais que vous estimez toujours qu'elle est grave et prolongée, vous pouvez nous faire parvenir le formulaire dûment rempli.

Ne retournez pas ce questionnaire avec le formulaire.



14P3 ZZ 49528051