



## Attestation de déficience

Ce formulaire s'adresse à tout particulier qui doit nous fournir une attestation de déficience grave et prolongée des fonctions mentales ou physiques. Ce formulaire peut aussi être utilisé pour fournir une attestation confirmant qu'en raison d'une déficience grave et prolongée, une personne est incapable de vivre seule ou a besoin d'assistance pour réaliser une activité courante de la vie quotidienne.

Avant de le remplir, il est important de lire le feuillet d'information détachable à la page 5.

Si ce formulaire est produit pour attester une **déficience grave et prolongée**, le particulier doit remplir la partie 1, et le professionnel de la santé la partie 2. S'il est produit aussi pour attester une **incapacité de vivre seul** ou un **besoin d'assistance pour réaliser une activité courante de la vie quotidienne**, le professionnel de la santé doit remplir également la partie 3.

Joignez ce formulaire à votre déclaration de revenus ou envoyez-le-nous, accompagné d'une lettre précisant votre demande et portant votre signature, à l'une des adresses indiquées à la page 5.

### 1 Renseignements sur la personne ayant une déficience

Années visées : \_\_\_\_\_

Nom de famille

Prénom

10 \_\_\_\_\_

11 \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance sociale

Date de naissance

12 \_\_\_\_\_

13 \_\_\_\_\_

### 2 Évaluation de la déficience (à remplir par le professionnel de la santé<sup>1</sup>)

Vous devez évaluer la durée et les effets de la déficience dont votre patient est atteint. Vous devez comparer ses fonctions mentales ou physiques à celles d'une personne du même âge chronologique qui n'a pas de telle 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.

#### Voir

Sans objet

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

Sans objet

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

Sans objet

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

Sans objet

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 \_\_\_\_\_

1. Vous trouverez la liste des professionnels de la santé autorisés à remplir cette partie à la page 5.







## 2 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 de tous les jours 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. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Signature du professionnel de la santé

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

Médecin  Infirmière praticienne spécialisée ou infirmier praticien spécialisé  Optométriste  Orthophoniste  
 Audiologiste  Ergothérapeute  Physiothérapeute  Psychologue

En tant que **professionnel de la santé**, je déclare que les renseignements fournis dans la partie 2 de ce formulaire sont exacts et complets.

\_\_\_\_\_  
Nom Adresse du bureau  
\_\_\_\_\_  
Signature Date Numéro de permis provincial Ind. rég. Téléphone Poste

## 3 Évaluation de l'incapacité de vivre seul ou du besoin d'assistance pour réaliser une activité courante de la vie quotidienne (à remplir par le professionnel de la santé<sup>1</sup>)

Nom du patient : \_\_\_\_\_

Est-ce que votre patient a une déficience grave et prolongée des fonctions mentales ou physiques qui le rend incapable de vivre seul? .....

44  Oui  Non

Si **oui**, en quelle année est-il devenu incapable de vivre seul en raison d'une déficience grave et prolongée? .....

45 [.....]

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

46  Oui  Non

Si **oui**, depuis quelle année a-t-il besoin d'assistance pour réaliser 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 de la catégorie de professionnel de la santé à laquelle vous appartenez.

Médecin  Infirmière praticienne spécialisée ou infirmier praticien spécialisé<sup>2</sup>

En tant que **professionnel de la santé**, je déclare que les renseignements fournis dans la partie 3 de ce formulaire sont exacts et complets.

\_\_\_\_\_  
Nom Adresse du bureau  
\_\_\_\_\_  
Signature Date Numéro de permis provincial Ind. rég. Téléphone Poste

1. Vous trouverez la liste des professionnels de la santé autorisés à remplir cette partie à la page 5.

2. Depuis le 27 mars 2018, les infirmières praticiennes spécialisées et les infirmiers praticiens spécialisés peuvent attester l'incapacité de vivre seul et le besoin d'assistance pour réaliser une activité courante de la vie quotidienne.



# Feuille d'information pour le particulier et le professionnel de la santé

TP-752.0.14 (2018-05)

5 de 6

## Attestation de déficience

### À qui s'adresse le formulaire *Attestation de déficience*?

Ce formulaire s'adresse à tout particulier qui doit joindre à sa déclaration de revenus une attestation pour confirmer que lui-même (ou une personne à l'égard de qui il demande un crédit d'impôt dans sa déclaration de revenus) a une déficience grave et prolongée des fonctions mentales ou physiques. Ce formulaire peut aussi être utilisé pour fournir une attestation confirmant qu'une personne, à l'égard de qui le particulier demande le crédit d'impôt pour aidant naturel, est incapable de vivre seule ou a besoin d'assistance pour réaliser une activité courante de la vie quotidienne en raison d'une déficience grave et prolongée.

Si la déficience est permanente, vous n'avez pas à produire de nouvelle attestation chaque année, à moins que nous vous le demandions. Toutefois, si votre état (ou celui de la personne à l'égard de qui vous demandez un crédit d'impôt dans votre déclaration de revenus) s'est amélioré depuis la dernière fois qu'une attestation a été produite, vous devez nous en aviser.

Vous trouverez à la page 6 un **questionnaire d'autoévaluation** qui vous aidera à déterminer si la déficience est une déficience grave et prolongée des fonctions mentales ou physiques.

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](http://revenuquebec.ca).

Notez qu'une personne qui désire recevoir des sommes de Retraite Québec (par exemple, une rente d'invalidité ou le supplément pour enfant handicapé) doit remplir les formulaires de cet organisme.

### Qui peut attester la déficience?

La déficience peut être attestée par l'un des professionnels de la santé suivants :

- un médecin, une infirmière praticienne spécialisée ou un infirmier praticien spécialisé ou un optométriste, s'il s'agit de l'incapacité de voir;
- un médecin, une infirmière praticienne spécialisée ou un infirmier praticien spécialisé ou un orthophoniste, s'il s'agit de l'incapacité de parler;
- un médecin, une infirmière praticienne spécialisée ou un infirmier praticien spécialisé ou un audiologiste, s'il s'agit de l'incapacité d'entendre;
- un médecin, une infirmière praticienne spécialisée ou un infirmier praticien spécialisé, un ergothérapeute ou, depuis le 22 février 2005, un physiothérapeute, s'il s'agit de l'incapacité de marcher;
- un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée ou un infirmier praticien spécialisé, s'il s'agit de l'incapacité d'évacuer (fonctions intestinales ou vésicales);
- un médecin, une infirmière praticienne spécialisée ou un infirmier praticien spécialisé ou un ergothérapeute, s'il s'agit de l'incapacité de s'alimenter;
- un médecin, une infirmière praticienne spécialisée ou un infirmier praticien spécialisé ou un ergothérapeute, s'il s'agit de l'incapacité de s'habiller;
- un médecin, une infirmière praticienne spécialisée ou un infirmier praticien spécialisé ou un psychologue, s'il s'agit de l'incapacité d'effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante;
- un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée ou un infirmier praticien spécialisé, s'il s'agit de limitations multiples et de leurs effets cumulatifs, ou un ergothérapeute si les limitations multiples sont liées exclusivement au fait de marcher, de s'alimenter ou de s'habiller;
- un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée ou un infirmier praticien spécialisé, s'il s'agit de soins thérapeutiques essentiels au maintien de l'une des fonctions vitales.

1. Depuis le 27 mars 2018, les infirmières praticiennes spécialisées et les infirmiers praticiens spécialisés peuvent attester l'incapacité de vivre seul et le besoin d'assistance pour réaliser une activité courante de la vie quotidienne.
2. Le travail rémunéré, les travaux ménagers et les activités sociales ou récréatives ne sont pas considérés comme des activités courantes de la vie de tous les jours.

### Qui peut attester l'incapacité de vivre seul ou le besoin d'assistance pour réaliser une activité courante de la vie quotidienne?

L'incapacité de vivre seul et le besoin d'assistance pour réaliser une activité courante de la vie quotidienne en raison d'une déficience grave et prolongée peuvent être attestés uniquement par un médecin ou par une infirmière praticienne spécialisée ou un infirmier praticien spécialisé<sup>1</sup>.

### 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 incapable d'accomplir une activité courante de la vie de tous les jours<sup>2</sup> (parler, entendre, marcher, évacuer, s'alimenter, s'habiller ou effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante), 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 de tous les jours, y compris le fait de voir (à condition que les effets cumulatifs de ces limitations soient équivalents au fait d'être incapable d'accomplir une activité courante de la vie de tous les jours?) [ceci s'applique seulement depuis 2005];
- en raison d'une maladie chronique, elle reçoit, au moins deux fois par semaine, des soins thérapeutiques qui
  - sont prescrits par un médecin,
  - 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 :

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

Une personne peut recevoir une **rente d'invalidité** en vertu 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.

### Remarque

Nous pourrions demander par écrit 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.

### Envoi du formulaire

Le particulier doit joindre ce formulaire à sa déclaration de revenus ou nous l'envoyer, accompagné d'une lettre précisant sa demande et portant sa signature, à l'une des adresses suivantes :

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



130I ZZ 49517973

## 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.

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 <b>ou</b> dont la durée prévue est d'au moins 12 mois consécutifs?	<b>1</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
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 <b>incapable</b> de voir?	<b>2</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
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 <b>incapable</b> d'accomplir l'une des activités courantes de la vie de tous les jours?  On entend par <i>activités courantes de la vie de tous les jours</i> les activités suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>• parler;</li> <li>• entendre;</li> <li>• marcher;</li> <li>• évacuer (fonctions intestinales ou vésicales);</li> <li>• s'alimenter;</li> <li>• s'habiller;</li> <li>• effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante.</li> </ul>	<b>3</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
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? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vous êtes <b>limité de façon importante</b> dans votre capacité d'accomplir <b>au moins deux</b> des activités courantes de la vie de tous les jours mentionnées à la question 3.</li> <li>• Vous êtes <b>limité de façon importante</b> dans votre capacité de voir et d'accomplir au moins l'une des activités courantes de la vie de tous les jours mentionnées à la question 3.</li> </ul> Répondez <b>oui</b> 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 de tous les jours.	<b>4</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
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 <b>soins thérapeutiques</b> qui remplissent les conditions suivantes? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ils sont prescrits par un médecin.</li> <li>• Ils sont essentiels au maintien de l'une de vos fonctions vitales.</li> <li>• Ils sont répartis en au moins deux séances par semaine (totalisant au moins 14 heures par semaine).</li> </ul>	<b>5</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

### 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 la partie 1 du formulaire d'attestation et **faites remplir la partie 2 et, s'il y a lieu, la partie 3**. 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.**



130J ZZ 49517974