



Certificat pour le crédit d'impôt pour personnes handicapées

Utilisez ce formulaire pour demander le crédit d'impôt pour personnes handicapées (CIPH). Être admissible à ce crédit pourrait réduire votre impôt sur le revenu et vous permettre d'accéder à d'autres programmes. Pour en savoir plus, allez à www.arc.gc.ca/ciph.

Partie A – À remplir par la personne handicapée

Étape 1 : Remplissez **seulement** les sections de la partie A qui s'appliquent à vous. N'oubliez pas de signer.

Étape 2 : Demandez à un professionnel de la santé de remplir et d'attester la partie B.

Étape 3 : Envoyez-nous le formulaire complété et signé.

Pour en savoir plus, lisez les renseignements généraux à la page 6. Pour obtenir les définitions, des exemples de déficiences qui pourraient être admissibles au CIPH et un questionnaire d'auto-évaluation, consultez le [feuillet de renseignements T2201-1, Certificat pour le crédit d'impôt pour personnes handicapées](#).

Section 1 – Renseignements sur la personne handicapée

Prénom et initiale		Nom de famille		<input type="checkbox"/> Femme		<input type="checkbox"/> Homme	
Adresse postale (App – n° et rue, CP, RR)						Numéro d'assurance sociale	
Ville		Province ou territoire		Code postal		Date de naissance :	
						Année Mois Jour	

Section 2 – Renseignements sur la personne qui demande le montant pour personnes handicapées (si différente)

Prénom et initiale		Nom de famille		Numéro d'assurance sociale	

La personne handicapée est : mon époux/conjoint de fait ma personne à charge de moins de 18 ans autre : _____

Répondez aux questions suivantes pour **toutes** les années où vous demandez le montant pour personnes handicapées pour cette personne.

1. La personne handicapée demeure-t-elle avec vous?

Oui Non

Si **oui**, pour quelle(s) année(s)? _____

2. Si vous avez répondu **non** à la question 1, dépend-elle de vous pour au moins un des besoins fondamentaux de façon régulière et constante (tels que la nourriture, le logement ou l'habillement)?

Oui Non

Si **oui**, pour quelle(s) année(s)? _____

Donnez des précisions au sujet du soutien régulier et constant que vous fournissez à la personne handicapée concernant la nourriture, le logement et les vêtements (si vous avez besoin de plus d'espace, joignez une feuille supplémentaire). Nous pourrions vous demander de nous fournir des reçus ou d'autres pièces justificatives afin d'appuyer votre demande de transfert du montant pour personnes handicapées.

Section 3 – Modifier votre déclaration de revenus et de prestations

Dans la plupart des cas, l'Agence du revenu du Canada (ARC) peut redresser vos déclarations de revenus pour toutes les années applicables afin d'inclure le montant pour personnes handicapées pour **vous-même** ou votre **personne à charge de moins de 18 ans**. Pour en savoir plus, consultez le [feuillet de renseignements T2201-1, Certificat pour le crédit d'impôt pour personnes handicapées](#).

Oui, je veux que l'ARC redresse ma ou mes déclarations, si possible. Non, je ne veux pas de redressement.

Section 4 – Autorisation

En tant que **personne handicapée** ou son **représentant légal**, j'autorise le professionnel de la santé ayant des dossiers cliniques pertinents, à discuter ou divulguer à l'ARC les renseignements contenus dans ces dossiers ou ce certificat afin d'établir l'admissibilité au crédit d'impôt pour personnes handicapées ou autres programmes liés.

Signez ici : _____	Téléphone	Année	Mois	Jour

Les renseignements personnels sont recueillis selon la *Loi de l'impôt sur le revenu* afin d'administrer les programmes fiscaux, de prestations et autres. Ils peuvent également être utilisés pour toute fin liée à l'application ou à l'exécution de la *Loi* telle que la vérification, l'observation et le recouvrement des sommes dues à l'État. Les renseignements peuvent être transmis à une autre institution gouvernementale fédérale, provinciale ou territoriale, ou vérifiés auprès de celles-ci, dans la mesure où la loi l'autorise. Cependant, le défaut de fournir ces renseignements pourrait entraîner des intérêts à payer, des pénalités ou d'autres mesures. Les particuliers ont le droit, selon la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, d'accéder à leurs renseignements personnels et de demander une modification, s'il y a des erreurs ou omissions. Consultez Info Source en allant à www.arc.gc.ca/gncy/tp/nfsrc/nfsrc-fra.html et le Fichier de renseignements personnels ARC PPU 218.

Nom du patient : _____

Partie B – À remplir par le professionnel de la santé

Étape 1 : Remplissez **seulement** la ou les sections des pages 2 à 4 qui s'appliquent à votre patient. Chaque catégorie indique quels professionnels de la santé peuvent attester le formulaire.

Remarque

Que vous remplissiez ce formulaire pour un enfant ou un adulte, évaluez votre patient par rapport à une personne du même âge qui n'a pas de déficience.

Étape 2 : Remplissez les sections « **Effets de la déficience** », « **Durée** » et « **Attestation** » aux pages 5 et 6. Si d'autres renseignements sont requis, l'Agence du revenu du Canada pourrait communiquer avec vous.

Pour les définitions et des exemples de déficiences qui pourraient être admissibles au CIPH, consultez le [feuillet de renseignements T2201-1, Certificat pour le crédit d'impôt pour personnes handicapées](#). Pour en savoir plus, allez à www.arc.gc.ca/professionnelssanteciph.

Voir – Médecin ou optométriste

Sans objet

Votre patient est considéré **aveugle** si, même avec des lentilles correctrices et des médicaments, selon le cas :

- l'acuité visuelle de ses **deux** yeux est de 20/200 (6/60) ou moins sur la carte Snellen (ou l'équivalent);
- le plus grand diamètre du champ de vision de ses **deux** yeux est de 20 degrés ou moins.

1. Votre patient est-il **aveugle**, tel que décrit ci-dessus?

Oui Non

Si **oui**, en quelle année votre patient est-il devenu aveugle (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)?

Année

œil droit œil gauche

2. Quelle est l'acuité visuelle de votre patient **après correction**?

œil droit œil gauche

3. Quel est le champ de vision de votre patient **après correction** (en degrés si possible)?

Parler – Médecin ou orthophoniste

Sans objet

Votre patient est considéré comme étant **limité de façon marquée** dans sa capacité de parler si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés, il répond aux deux critères suivants :

- il est **incapable** ou il prend un **temps excessif** pour parler de façon à se faire comprendre par une personne de sa connaissance, dans un endroit calme;
- c'est le cas **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps).

Votre patient est-il **limité de façon marquée** dans sa capacité de parler, tel que décrit ci-dessus?

Oui Non

Si **oui**, en quelle année votre patient est-il devenu limité de façon marquée dans sa capacité de parler (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)?

Année

Entendre – Médecin ou audiologiste

Sans objet

Votre patient est considéré comme étant **limité de façon marquée** dans sa capacité d'entendre si, même avec des appareils appropriés, il répond aux deux critères suivants :

- il est **incapable** ou il prend un **temps excessif** pour entendre de façon à comprendre une personne de sa connaissance, dans un endroit calme;
- c'est le cas **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps).

Votre patient est-il **limité de façon marquée** dans sa capacité d'entendre, tel que décrit ci-dessus?

Oui Non

Si **oui**, en quelle année votre patient est-il devenu limité de façon marquée dans sa capacité d'entendre (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)?

Année

Marcher – Médecin, ergothérapeute ou physiothérapeute

Sans objet

Votre patient est considéré comme étant **limité de façon marquée** dans sa capacité de marcher si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés, il répond aux deux critères suivants :

- il est **incapable** ou il prend un **temps excessif** pour marcher;
- c'est le cas **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps).

Votre patient est-il **limité de façon marquée** dans sa capacité de marcher, tel que décrit ci-dessus?

Oui Non

Si **oui**, en quelle année votre patient est-il devenu limité de façon marquée dans sa capacité de marcher (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)?

Année

Nom du patient : _____

Évacuer (fonctions intestinales ou vésicales) – Médecin

Sans objet

Votre patient est considéré comme étant **limité de façon marquée** dans sa capacité d'évacuer si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés, il répond aux deux critères suivants :

- il est **incapable** ou il prend un **temps excessif** pour s'occuper lui-même de ses fonctions intestinales ou vésicales;
- c'est le cas **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps).

Votre patient est-il **limité de façon marquée** dans sa capacité d'évacuer, tel que décrit ci-dessus? Oui Non

Si **oui**, en quelle année votre patient est-il devenu limité de façon marquée dans sa capacité d'évacuer (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)?

Année
|_|_|_|_|

Se nourrir – Médecin ou ergothérapeute

Sans objet

Votre patient est considéré comme étant **limité de façon marquée** dans sa capacité de se nourrir si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés, il répond aux deux critères suivants :

- il est **incapable** ou il prend un **temps excessif** pour se nourrir lui-même;
- c'est le cas **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps).

Se nourrir **ne comprend pas** identifier, chercher ou se procurer (y compris acheter) de la nourriture.

Se nourrir **comprend** la préparation de la nourriture, **sauf** lorsque celle-ci est liée à des restrictions alimentaires ou à une diète, même lorsque ces restrictions alimentaires ou cette diète sont dues à une maladie ou à un état de santé.

Votre patient est-il **limité de façon marquée** dans sa capacité de se nourrir, tel que décrit ci-dessus? Oui Non

Si **oui**, en quelle année votre patient est-il devenu limité de façon marquée dans sa capacité de se nourrir (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)?

Année
|_|_|_|_|

S'habiller – Médecin ou ergothérapeute

Sans objet

Votre patient est considéré comme étant **limité de façon marquée** dans sa capacité de s'habiller si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés, il répond aux deux critères suivants :

- il est **incapable** ou il prend un **temps excessif** pour s'habiller lui-même;
- c'est le cas **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps).

S'habiller **ne comprend pas** identifier, chercher ou se procurer (y compris acheter) des vêtements.

Votre patient est-il **limité de façon marquée** dans sa capacité de s'habiller, tel que décrit ci-dessus? Oui Non

Si **oui**, en quelle année votre patient est-il devenu limité de façon marquée dans sa capacité de s'habiller (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)?

Année
|_|_|_|_|

Fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante – Médecin ou psychologue Sans objet

Votre patient est considéré comme étant **limité de façon marquée** dans sa capacité d'effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante (décrites ci-dessous) si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés (par exemple, les aide-mémoire et les aides à l'adaptation), il répond aux deux critères suivants :

- il est **incapable** ou il prend un **temps excessif** pour effectuer lui-même ces fonctions;
- c'est le cas **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps).

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

- l'apprentissage fonctionnel à l'autonomie (par exemple, les fonctions qui touchent les soins personnels, la santé et la sécurité, les aptitudes à initier et répondre aux interactions sociales et les transactions simples et ordinaires);
- 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, pris dans leur ensemble (par exemple, la capacité de résoudre des problèmes, d'établir et d'atteindre des objectifs, de prendre des décisions et de porter des jugements appropriés).

Remarque

Une limitation au niveau de la résolution de problèmes, l'atteinte d'objectifs ou le jugement qui limite de façon marquée l'apprentissage fonctionnel à l'autonomie, toujours ou presque toujours (au moins 90 % du temps), serait admissible.

Votre patient est-il **limité de façon marquée** dans sa capacité d'effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante, tel que décrit ci-dessus? Oui Non

Si **oui**, en quelle année votre patient est-il devenu limité de façon marquée dans sa capacité d'effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)?

Année
|_|_|_|_|

Nom du patient : _____

Attestation – Obligatoire

1. Pour quelle(s) année(s) avez-vous été le professionnel de la santé traitant de votre patient? _____
2. Avez-vous des renseignements au dossier à l'appui de la ou des limitations pour chaque année que vous avez attestée sur ce formulaire? Oui Non

Cochez la case qui s'applique à vous :

- Médecin Optométriste Ergothérapeute Audiologiste
- Physiothérapeute Psychologue Orthophoniste

En tant que **professionnel de la santé**, j'atteste que les renseignements fournis dans la partie B de ce formulaire sont, à ma connaissance, exacts et complets. Je comprends que l'Agence du revenu du Canada utilisera ces renseignements pour déterminer si mon patient est admissible au crédit d'impôt pour personnes handicapées ou à des programmes connexes.

Signez ici : _____

Faire une fausse déclaration constitue une infraction grave.

Nom (en lettres moulées) _____

Date : _____

Année	Mois	Jour	Téléphone

Adresse _____

Renseignements généraux

Qu'est-ce que le CIPH?

Le crédit d'impôt pour personnes handicapées (CIPH) est un crédit d'impôt non remboursable qui aide les personnes handicapées et leurs aidants à réduire l'impôt sur le revenu qu'ils pourraient avoir à payer. Un particulier peut demander le montant pour personnes handicapées une fois qu'il est admissible au CIPH. Ce montant comprend un supplément pour une personne ayant moins de 18 ans à la fin de l'année.

Pour en savoir plus, allez à www.arc.gc.ca/ciph ou lisez le Guide RC4064, *Renseignements relatifs aux frais médicaux et aux personnes handicapées*.

Êtes-vous admissible?

Vous êtes admissible au CIPH seulement si nous approuvons ce formulaire. Un professionnel de la santé doit indiquer et attester que vous avez une déficience grave et prolongée et doit en décrire les effets.

Pour savoir si vous **pourriez être admissible** au CIPH, remplissez le questionnaire d'auto-évaluation dans le [feuillet de renseignements T2201-1, Certificat pour le crédit d'impôt pour personnes handicapées](#). Si nous vous avons déjà informé que vous êtes admissible, n'envoyez pas un autre formulaire à moins que la période d'approbation précédente soit terminée ou que nous vous demandions de le faire. **Vous devez nous aviser immédiatement si votre état s'améliore.**

Que vous receviez une pension d'invalidité du Régime de pensions du Canada ou du Régime des rentes du Québec, des prestations pour accident de travail ou d'autres genres de prestations d'assurance ou d'invalidité **ne vous rend pas nécessairement admissible au CIPH**. Ces régimes servent à d'autres fins et sont donc basés sur d'autres critères, comme l'incapacité à travailler.

Vous pouvez nous envoyer le formulaire à n'importe quel moment de l'année. En nous envoyant votre formulaire avant de produire votre déclaration de revenus et de prestations, vous pouvez éviter des retards dans la cotisation de votre déclaration. Nous examinerons votre formulaire avant d'établir la cotisation de votre déclaration. Conservez une copie de ce formulaire dans vos dossiers.

Frais – 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. Toutefois, vous pourriez les demander comme frais médicaux à la ligne 330 ou à la ligne 331 de votre déclaration de revenus et de prestations.

Qu'arrive-t-il une fois le formulaire T2201 envoyé?

Une fois que l'ARC a reçu le formulaire T2201 rempli et signé, nous examinerons votre demande afin de déterminer si vous êtes admissible au CIPH. Nous vous enverrons un avis de détermination pour vous informer de notre décision. Si votre demande est refusée, l'avis de détermination expliquera pourquoi. Pour en savoir plus, consultez le feuillet de renseignements T2201-1, *Certificat pour le crédit d'impôt pour personnes handicapées*, ou allez à www.arc.gc.ca/ciph.

Où devez-vous envoyer ce formulaire?

Envoyez votre formulaire rempli et signé à l'Unité du crédit d'impôt pour personnes handicapées de votre centre fiscal. Utilisez le tableau ci-dessous pour en connaître l'adresse.

Si votre bureau des services fiscaux est situé aux endroits suivants :	Envoyez votre correspondance à l'adresse suivante :
Colombie-Britannique, Regina et Yukon	Centre fiscal de Surrey 9755, boulevard King George Surrey BC V3T 5E1
Alberta, London, Manitoba, Saskatoon, Territoires du Nord-Ouest, Thunder Bay et Windsor	Centre fiscal de Winnipeg 66, chemin Stapon Winnipeg MB R3C 3M2
Barrie, Sudbury (la région de Sudbury/Nickel Belt seulement) Toronto Centre, Toronto Est, Toronto Nord et Toronto Ouest	Centre fiscal de Sudbury 1050, avenue Notre Dame Sudbury ON P3A 5C1
Laval, Montréal, Nunavut, Ottawa, Rouyn-Noranda, Sherbrooke et Sudbury (sauf la région de Sudbury/Nickel Belt)	Centre fiscal de Shawinigan-Sud 4695, 12 ^e Avenue Shawinigan-Sud QC G9P 5H9
Chicoutimi, Montérégie-Rive-Sud, Outaouais, Québec, Rimouski et Trois-Rivières	Centre fiscal de Jonquière CP 1900, succursale PDF Jonquière QC G7S 5J1
Kingston, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Peterborough, Terre-Neuve-et-Labrador et St. Catharines	Centre fiscal de St. John's 290, avenue Empire St. John's NL A1B 3Z1
Belleville, Hamilton, Île-du-Prince-Édouard et Kitchener/Waterloo	Centre fiscal de Summerside 275, chemin Pope Summerside PE C1N 6A2
Bureau des services fiscaux international et d'Ottawa (résidents réputés, non-résidents, nouveaux arrivants ou résidents de retour au Canada)	Bureau des services fiscaux international et d'Ottawa CP 9769, succursale T Ottawa ON K1G 3Y4 CANADA

Avez-vous besoin d'aide?

Si vous voulez plus de renseignements après avoir lu ce formulaire, allez à www.arc.gc.ca/ciph ou composez le **1-800-959-7383**.

Formulaires et publications

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