



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 d'un **médecin** confirmant qu'une personne est incapable de vivre seule en raison d'une déficience grave et prolongée.

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**, le médecin doit remplir 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)

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 une 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	<input type="checkbox"/> 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, tel que décrit ci-dessus?	20 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui , en quelle année sa capacité de voir est-elle devenue limitée de façon marquée?	21 _____
Parler	<input type="checkbox"/> 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, tel que décrit ci-dessus?	22 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui , en quelle année sa capacité de parler est-elle devenue limitée de façon marquée?	23 _____
Entendre	<input type="checkbox"/> 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, tel que décrit ci-dessus?	24 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui , en quelle année sa capacité d'entendre est-elle devenue limitée de façon marquée?	25 _____
Marcher	<input type="checkbox"/> 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, tel que décrit ci-dessus?	26 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui , en quelle année sa capacité de marcher est-elle devenue limitée de façon marquée?	27 _____



123A ZZ 49505165

2 Évaluation de la déficience (suite)

Nom du patient : _____

Évacuer (fonctions intestinales ou vésicales)

Sans objet

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, tel que 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

Sans objet

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, tel que 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

Sans objet

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, tel que 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 de la vie courante

Sans objet

La capacité de votre patient d'effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante est limitée de façon marquée si, même à l'aide de soins thérapeutiques 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 de la vie courante 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 de la vie courante 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 de la vie courante est-elle limitée de façon marquée, tel que décrit ci-dessus? 34 Oui Non

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



Nom du patient : _____

Effets cumulatifs de limitations multiples (ceci s'applique uniquement depuis 2005)

Sans objet

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 de tous les jours (parler, entendre, marcher, évacuer, s'alimenter, s'habiller ou effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante) si, même à l'aide de soins thérapeutiques 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 de tous les jours, ou limité de façon importante dans sa capacité de voir et d'accomplir au moins une activité courante de la vie de tous les jours.

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 de tous les jours pour la détermination des effets cumulatifs d'une ou de 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 de tous les jours.

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 de tous les jours, et ce, même si chaque limitation prise isolément ne limite pas de façon marquée sa capacité d'accomplir une activité courante de la vie de tous les jours.

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 de la vie courante

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

Temps consacré aux soins thérapeutiques essentiels

Sans objet

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, et s'il doit y consacrer au total au moins 14 heures par semaine (incluant 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 et qui sont essentiels au maintien de l'une de ses fonctions vitales, tel que 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 [.....]

Veuillez décrire les soins thérapeutiques prescrits : _____

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 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 (à remplir par le médecin)

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 [.....]

Signature du médecin

En tant que **médecin**, 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

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

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 pour 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, pour qui le particulier demande le crédit d'impôt pour aidant naturel, est incapable de vivre seule en raison d'une déficience grave et prolongée.

Si la déficience est permanente, vous n'avez pas à produire une nouvelle attestation chaque année, à moins que nous vous le demandions. Toutefois, si votre état (ou celui de la personne pour 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'auto-évaluation** 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 brochure *Les personnes handicapées et les avantages fiscaux* (IN-132), accessible dans notre site Internet au www.revenuquebec.ca.

Notez qu'une personne qui désire recevoir des sommes de la Régie des rentes du 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 ou un optométriste, s'il s'agit de l'incapacité de voir;
- un médecin ou un orthophoniste, s'il s'agit de l'incapacité de parler;
- un médecin ou un audiologiste, s'il s'agit de l'incapacité d'entendre;
- un médecin, un ergothérapeute ou, depuis le 22 février 2005, un physiothérapeute, s'il s'agit de l'incapacité de marcher;
- un médecin, s'il s'agit de l'incapacité d'évacuer (fonctions intestinales ou vésicales);
- un médecin ou un ergothérapeute, s'il s'agit de l'incapacité de s'alimenter;
- un médecin ou un ergothérapeute, s'il s'agit de l'incapacité de s'habiller;
- un médecin ou un psychologue, s'il s'agit de l'incapacité d'effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante;
- un médecin, s'il s'agit de limitations multiples et de leurs effets cumulatifs, ou un ergothérapeute si les limitations multiples sont reliées exclusivement au fait de marcher, de s'alimenter ou de s'habiller;
- un médecin, s'il s'agit de soins thérapeutiques essentiels au maintien de l'une des fonctions vitales.

Qui peut attester l'incapacité de vivre seul?

L'incapacité de vivre seul en raison d'une déficience peut être attestée uniquement par un médecin.

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 (parler, entendre, marcher, évacuer, s'alimenter, s'habiller ou effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante)¹, 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 (incluant 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 des 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

1. 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.



Questionnaire d'auto-évaluation 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 pour 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 pour 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?	1 <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 pour qui vous demandez un crédit d'impôt dans votre déclaration de revenus) êtes incapable de voir?	2 <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 pour qui vous demandez un crédit d'impôt dans votre déclaration de revenus) êtes incapable 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"> • parler; • entendre; • marcher; • évacuer (fonctions intestinales ou vésicales); • s'alimenter; • s'habiller; • effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante. 	3 <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 pour 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"> • Vous êtes limité de façon importante dans votre capacité d'accomplir au moins deux des activités courantes de la vie de tous les jours 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 de tous les jours mentionnées à la question 3. 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 de tous les jours.	4 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce que vous (ou la personne pour qui vous demandez un crédit d'impôt dans votre déclaration de revenus) recevez des soins thérapeutiques qui remplissent les conditions suivantes? <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). 	5 <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, **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.



1239 ZZ 49505157