



CERTIFICAT POUR LE CRÉDIT D'IMPÔT POUR PERSONNES HANDICAPÉES

Ce formulaire est divisé en deux sections : l'introduction et le formulaire en soi. L'introduction inclut ce qui suit :

- des renseignements généraux sur le montant pour personnes handicapées;
- un questionnaire pour vous aider à déterminer si vous avez droit au montant pour personnes handicapées;
- une liste de définitions;
- les adresses des bureaux fiscaux;
- comment demander un redressement pour les années précédentes;
- des renseignements sur ce que vous pouvez faire si vous êtes en désaccord avec notre décision au sujet de votre admissibilité.

Le formulaire en soi inclut la section de la demande (partie A) et la section de certification (partie B). Les deux sections doivent être remplies.

Qui utilise ce formulaire – et pourquoi?

Les **personnes** qui ont une déficience grave et prolongée des fonctions physiques ou mentales (lisez les définitions aux pages suivantes), ou leur représentant, utilisent le formulaire T2201 pour demander le montant pour personnes handicapées en remplissant la partie A du formulaire.

Les **praticiens qualifiés** utilisent le formulaire T2201 pour attester les effets de la déficience en remplissant la partie B du formulaire.

Le montant pour personnes handicapées est un crédit d'impôt non remboursable qui sert à réduire l'impôt à payer dans votre déclaration de revenus. Ce montant comprend un supplément pour une personne ayant moins de 18 ans à la fin de l'année. La totalité ou une partie de ce montant peut être transférée à votre époux ou conjoint de fait ou à une autre personne qui subvient à vos besoins. Pour en savoir plus, allez à www.arc.gc.ca/handicape ou consultez le guide RC4064, *Renseignements relatifs aux frais médicaux et aux personnes handicapées*.

Si un enfant âgé de moins de 18 ans a droit au montant pour personnes handicapées, il est également admissible à la **prestation pour enfants handicapés** conformément à la prestation fiscale canadienne pour enfants. Pour en savoir plus, allez à www.arc.gc.ca/prestations ou consultez la brochure T4114, *Prestations canadiennes pour enfants*.

Si vous avez droit au montant pour personnes handicapées et que vous avez un revenu de travail, vous avez peut-être droit au supplément pour les personnes handicapées de la **prestation fiscale pour le revenu de travail**. Pour en savoir plus, allez à www.arc.gc.ca/pftr ou consultez la brochure RC4227, *Prestation fiscale pour le revenu de travail*.

Êtes-vous admissible?

Vous avez droit au montant pour personnes handicapées seulement si nous approuvons un formulaire rempli par un praticien qualifié qui atteste que vous avez une déficience grave et prolongée et en certifie les effets. Pour savoir si vous **pourriez** avoir droit au montant pour personnes handicapées, remplissez le questionnaire d'auto-évaluation à la page suivante.

Le fait de recevoir une pension d'invalidité du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, des prestations pour accident de travail ou d'autres genres de prestations d'assurance ou d'invalidité **ne vous donne pas nécessairement droit à ce montant**. Ces régimes servent à d'autres fins et sont donc basés sur d'autres critères, tels que l'incapacité de travailler.

L'Agence du revenu du Canada doit avoir reçu et traité ce certificat avant que vous puissiez avoir droit au montant pour personnes handicapées. Si nous vous avons déjà informé que vous êtes admissible, n'envoyez pas un autre formulaire à moins que nous vous le demandions, comme lorsque la période précédente d'admissibilité est écoulée. **Vous devez néanmoins nous aviser si votre condition s'améliore.**

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, vous pouvez éviter des retards dans la cotisation de celle-ci. Nous examinerons votre demande avant d'établir la cotisation de votre déclaration. Conservez une copie de ce formulaire pour vos dossiers.

Frais – Vous êtes responsable de tous les frais exigés par le praticien qualifié pour remplir ce formulaire ou pour nous fournir plus de renseignements. Toutefois, vous pourriez peut-être les demander comme frais médicaux à la ligne 330 de votre déclaration de revenus.

Avez-vous besoin de renseignements ou de formulaires?

Pour en savoir plus, visitez notre site Web à www.arc.gc.ca ou composez le **1-800-959-7383**. Pour obtenir des formulaires ou des publications, allez à www.arc.gc.ca/formulaires ou composez le **1-800-959-3376**.

Accès sur Internet – Pour obtenir des renseignements, un accès facile à nos publications et formulaires, des liens vers nos partenaires gouvernementaux et des renseignements sur les services pour les personnes handicapées, allez à www.arc.gc.ca/handicape.

Utilisez-vous un service de relais assisté par un téléphoniste ATS? – Si vous avez accès à un téléimprimeur, un agent de notre service de renseignements bilingue (**1-800-665-0354**) peut vous aider. Nos agents sont à votre disposition du lundi au vendredi (sauf les jours fériés) de 8 h 15 à 17 h. Du 22 février au 30 avril, ces heures sont prolongées jusqu'à 21 h en semaine, et de 9 h à 17 h les samedis (sauf la fin de semaine de Pâques).

Nous avons besoin de votre autorisation écrite pour pouvoir discuter de vos renseignements avec le téléphoniste de relais ATS lorsque vous communiquez avec nous au moyen de notre service téléphonique régulier de demandes de renseignements. Vous devrez donc nous faire parvenir une lettre indiquant vos nom, adresse, numéro d'assurance sociale, le nom de la compagnie de téléphone que vous autorisez, votre signature et la date à laquelle vous avez signé la lettre.

Si vous avez une déficience visuelle, vous pouvez obtenir nos publications en braille, en gros caractères, en texte électronique (CD ou disquette) ou en format MP3, en allant à www.arc.gc.ca/substituts ou en composant le **1-800-959-3376**. De plus, vous pouvez demander à recevoir votre correspondance personnelle dans l'un de ces formats, en composant le **1-800-959-7383**.

Questionnaire d'auto-évaluation

Ce questionnaire ne remplace pas le formulaire. Il est fourni afin de vous aider à déterminer si vous pouvez avoir droit au montant pour personnes handicapées. **Ne joignez pas ce questionnaire au formulaire T2201 que vous nous enverrez.**

Remarque

Si vos réponses indiquent que vous **n'êtes pas admissible** au montant pour personnes handicapées mais que vous estimez toujours y avoir droit, lisez la page 1 du formulaire pour obtenir des instructions sur la façon de demander ce montant.

1. Est-ce que la déficience de vos fonctions physiques ou mentales a duré ou est-il raisonnable de s'attendre à ce qu'elle dure au moins 12 mois consécutifs? Oui Non

Si vous avez répondu **oui**, répondez aux questions 2 à 5.

Si vous avez répondu **non**, vous **n'avez pas droit** au montant pour personnes handicapées.

Pour que vous puissiez demander le montant pour personnes handicapées, votre déficience doit être **prolongée** (lisez la définition ci-dessous).

2. Êtes-vous **aveugle**? Oui Non

3. Avez-vous besoin de **soins thérapeutiques essentiels** (lisez la définition à la page suivante)? Oui Non

4. Est-ce que les effets de votre déficience vous **limitent de façon marquée** (lisez la définition ci-dessous) dans l'une des activités courantes de la vie quotidienne suivantes? Oui Non

- parler
- entendre
- marcher
- évacuation (intestinale ou vésicale)
- se nourrir
- s'habiller
- fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante

5. Répondez-vous à **toutes** les conditions suivantes? Oui Non

- En raison de votre déficience, vous êtes **limité considérablement** (lisez la définition ci-dessous) dans au moins deux activités courantes de la vie quotidienne mentionnée à la question 4, ou vous êtes **limité considérablement** dans votre capacité de voir et dans au moins une activité courante de la vie quotidienne mentionnée à la question 4, et ce, même en utilisant des appareils et des médicaments appropriés et en suivant une thérapie.
- Vos limitations considérables sont présentes ensemble, toujours ou presque toujours.
- L'effet cumulatif de ces limitations considérables prises dans leur ensemble correspond à une **limitation marquée** (lisez la définition « limité de façon marquée » ci-dessous) dans l'exercice d'une **seule** activité courante de la vie quotidienne.

Avez-vous droit au montant pour personnes handicapées?

Si vous avez répondu **oui** à la question 1 et à l'une des questions 2 à 5, vous **pourriez avoir droit** au montant pour personnes handicapées. Pour demander ce montant, remplissez la partie A du formulaire. Présentez-le ensuite à un praticien qualifié qui peut certifier les effets de votre déficience. Une fois que le praticien qualifié a attesté le formulaire, envoyez-le-nous afin que nous puissions établir votre admissibilité. Nous réviserons le formulaire et vous aviserons par écrit si vous avez droit ou non au montant pour personnes handicapées.

Si vous avez répondu **non** à toutes les questions 2 à 5, vous **n'avez pas droit** au montant pour personnes handicapées. Pour avoir droit à ce montant, vous devez répondre **oui** à au moins une de ces questions. Même si vous n'avez pas droit au montant pour personnes handicapées, vous pouvez peut-être demander certaines dépenses dans votre déclaration de revenus. Pour en savoir plus, consultez le guide RC4064, *Renseignements relatifs aux frais médicaux et aux personnes handicapées*.

Définitions

Déficience prolongée – Une déficience est prolongée si elle a duré ou si on peut s'attendre à ce qu'elle dure au moins 12 mois consécutifs.

Limité considérablement – Cela signifie que même si vous ne répondez pas **exactement** aux critères pour la limitation marquée, votre capacité d'exécuter n'importe quelle activité courante de la vie quotidienne (lisez la question 4 ci-dessus) est encore considérablement limitée.

Limité de façon marquée – Vous êtes limité de façon marquée si, même à l'aide d'appareils et de médicaments appropriés et en suivant une thérapie (autre que des soins thérapeutiques essentiels pour maintenir une fonction vitale), vous êtes **toujours ou presque toujours** incapable d'exécuter, ou vous prenez un temps excessif pour exécuter, une ou plusieurs des activités courantes de la vie quotidienne (lisez la question 4 ci-dessus).

Praticien qualifié – Les praticiens qualifiés sont des médecins, des optométristes, des audiologistes, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des psychologues et des orthophonistes. Le tableau à la page 2 du formulaire indique les sections du formulaire qu'ils peuvent attester.

Définitions (suite)

Soins thérapeutiques essentiels – Les soins thérapeutiques essentiels doivent répondre aux conditions suivantes :

- Vous avez besoin de soins thérapeutiques pour maintenir une fonction vitale, même s'ils soulagent votre condition. Ces soins comprennent la physiothérapie respiratoire pour améliorer la respiration et la dialyse pour filtrer le sang, mais ils **ne comprennent pas** les programmes de diète, d'exercices, ou d'hygiène, ni les appareils implantés, comme un stimulateur cardiaque.
- Vous devez consacrer expressément du temps à la thérapie, soit au moins **3 fois par semaine**, pour une moyenne d'au moins **14 heures par semaine** (n'incluez pas le temps consacré aux déplacements ou aux visites médicales, le temps de récupération nécessaire après un traitement, ni le temps consacré à l'achat des médicaments). Vous consacrez du temps à la thérapie si vous devez interrompre vos activités normales et journalières afin de suivre la thérapie. Le temps que prend un appareil portatif ou implanté pour fournir la thérapie n'est pas considéré comme du temps consacré à la thérapie.

Remarque

Pour les années 2005 et suivantes, lorsque les soins thérapeutiques essentiels exigent un dosage régulier de médicaments qui doit être ajusté quotidiennement :

- les activités entourant la détermination du dosage font partie des soins thérapeutiques admissibles, à l'exception des activités qui sont considérées comme faisant partie d'exercices physiques ou d'un programme de diète, tel que le calcul des hydrates de carbone;
- le temps consacré pour exécuter et superviser les soins d'un enfant en raison de son âge par le principal pourvoyeur de soins de l'enfant est considéré comme du temps consacré aux soins thérapeutiques.

Où envoyer le formulaire dûment rempli

Envoyez le formulaire certifié à l'**Unité du crédit d'impôt pour personnes handicapées** de votre centre fiscal à l'une des adresses ci-dessous.

Centre fiscal de St. John's
C.P. 12072, succ. A
St. John's NL A1B 3Z2

Centre fiscal de Shawinigan-Sud
C.P. 4000, succ. Bureau-chef
Shawinigan QC G9N 7V9

Centre fiscal de Sudbury
1050, avenue Notre-Dame
Sudbury ON P3A 5C1

Centre fiscal de Surrey
9755, King George Highway
Surrey BC V3T 5E6

Centre fiscal de Summerside
275, chemin Pope
Summerside PE C1N 6A2

Centre fiscal de Jonquière
2251, boul. René-Lévesque
Jonquière QC G7S 5J2

Centre fiscal de Winnipeg
C.P. 14006, succ. Bureau-chef
Winnipeg MB R3C 0E5

Si vous êtes un **résident réputé**, un **non-résident**, un **nouvel arrivant** ou un **résident de retour** au Canada, envoyez le formulaire certifié au :
Bureau international des services fiscaux
102A-2204, chemin Walkley
Ottawa ON K1A 1A8

Comment demander un redressement

Si vous voulez demander un redressement afin d'ajouter le montant pour personnes handicapées pour une année d'imposition, joignez le formulaire T1-ADJ, *Demande de redressement d'une T1*, ou une lettre fournissant les détails de votre demande à votre formulaire T2201 dûment rempli.

Si un représentant agit en votre nom, vous devez nous envoyer soit une lettre signée, soit le formulaire T1013, *Demander ou annuler l'autorisation d'un représentant*, autorisant le représentant à faire cette demande.

Que faire si vous êtes en désaccord avec notre décision?

Si nous n'approuvons pas votre formulaire, nous vous enverrons une lettre expliquant pourquoi votre demande a été refusée. Vérifiez votre copie du formulaire en la comparant avec la raison donnée, puisque nous fondons notre décision sur les renseignements fournis par le praticien qualifié. Si vous avez des renseignements additionnels provenant du praticien qualifié que nous n'avons pas eus lors de notre premier examen du formulaire, envoyez ces renseignements à l'Unité du crédit d'impôt pour personnes handicapées de votre centre fiscal et nous réviserons votre dossier de nouveau. Vous avez également le droit de présenter une opposition pour contester la décision. Cependant, votre opposition ne peut pas être fondée sur une lettre de notre part, mais plutôt sur un avis de cotisation ou de nouvelle cotisation. Nous vous envoyons ces avis après que vous ayez produit une déclaration de revenus ou que vous ayez demandé une correction à une déclaration de l'année en question.

Il y a une date limite pour présenter une opposition. Vous devez présenter votre opposition au plus tard à la **dernière** des deux dates suivantes :

- un an après la date où vous devez produire la déclaration de revenus pour l'année en question;
- 90 jours après la date de votre avis de cotisation ou de l'avis de nouvelle cotisation pour l'année en question.

Remarque

Le fait de demander à votre centre fiscal de réviser votre dossier de nouveau tel qu'il est indiqué ci-dessus, ne prolonge pas le délai pour présenter une opposition.

Si vous choisissez de présenter une opposition, votre dossier sera révisé par la Direction générale des appels. Vous devez envoyer le formulaire T400A, *Opposition – Loi de l'impôt sur le revenu*, dûment rempli, ou une lettre à l'adresse suivante :

Chef des Appels
Bureau des services fiscaux de Sudbury
1050, avenue Notre-Dame
Sudbury ON P3A 5C1

Vous pouvez également présenter une opposition électroniquement au moyen de notre site Web sécurisé à www.arc.gc.ca/mondossier. Pour en savoir plus, visitez notre site Web à www.arc.gc.ca ou consultez la brochure P148, *Régler votre différend : Opposition et vos droits d'appel selon la Loi de l'impôt sur le revenu*.

CERTIFICAT POUR LE CRÉDIT D'IMPÔT POUR PERSONNES HANDICAPÉES

Partie A – À remplir par la personne handicapée (ou son représentant)

Étape 1 : Remplissez cette page (**écrivez en lettres moulées**). Assurez-vous de signer aux endroits appropriés au bas de cette page.

Étape 2 : Présentez ce formulaire à un praticien qualifié (utilisez le tableau à la page suivante pour savoir qui peut attester quelle section).

Étape 3 : Envoyez le formulaire, dûment rempli, à l'un des bureaux indiqués à « **Où envoyer le formulaire dûment rempli** » de la section de l'introduction de ce formulaire. **Ce formulaire doit être soumis dans son intégralité.**

Lors du traitement de votre demande, nous communiquerons peut-être avec vous, ou un praticien qualifié (identifié dans ce certificat ou une pièce jointe) qui est au courant de votre déficience, pour obtenir plus de renseignements.

Renseignements sur la personne handicapée

Prénom et initiale		Nom légal		Homme <input type="checkbox"/>		Femme <input type="checkbox"/>	
Adresse postale : App – n° et rue						Numéro d'assurance sociale	
CP		RR		Date de naissance			
Ville		Prov./terr.	Code postal		Année	Mois	Jour

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

Prénom et initiale		Nom légal		Numéro d'assurance sociale	
La personne handicapée est : <input type="checkbox"/> mon époux ou conjoint de fait <input type="checkbox"/> autres (précisez) _____					
Si vous demandez ce crédit pour la personne handicapée, répondez aux questions suivantes pour toutes les années de votre demande.					
1. La personne handicapée demeure-t-elle avec vous? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>					
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 (tels que la nourriture, le logement ou l'habillement)? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>					
Si oui , pour quelle(s) année(s)?					
Donnez des précisions au sujet de l'appui que vous fournissez à la personne handicapée (si vous avez besoin de plus d'espace, joignez une feuille) :					

J'atteste que les renseignements fournis dans ce formulaire sont exacts et complets.					
Signez ici _____		Téléphone _____		Date _____	

Autorisation

En tant que personne handicapée ou son représentant, j'autorise tout praticien qualifié ayant des dossiers cliniques pertinents, à discuter ou divulguer à l'Agence du revenu du Canada les renseignements contenus dans ces dossiers ou ce certificat afin d'établir l'admissibilité au montant pour personnes handicapées ou autres programmes semblables.

Signez ici _____ Téléphone _____ Date _____

Partie B – À remplir par le praticien qualifié

Avant de remplir ce formulaire, lisez les renseignements et les instructions ci-dessous.

Votre patient doit avoir une déficience grave et prolongée des fonctions physiques ou mentales. Vous devez évaluer **séparément** les deux critères suivants pour la déficience de votre patient :

- La **durée** de la déficience – La déficience doit être prolongée (c'est-à-dire qu'elle a duré ou qu'il est raisonnable de s'attendre à ce qu'elle dure au moins 12 mois consécutifs).
- Les **effets** de la déficience – Les effets de la déficience de votre patient sont ceux qui font qu'il est limité, toujours ou presque toujours, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés. Les effets de la déficience de votre patient doivent faire partie de l'une des catégories suivantes :
 - Voir
 - Limitation marquée dans une activité courante de la vie quotidienne
 - Soins thérapeutiques essentiels
 - L'effet cumulatif des **limitations considérables** (pour les patients qui sont limités considérablement dans deux ou plus des activités courantes de la vie quotidienne, incluant la vision, mais qui ne répondent pas exactement aux critères pour la **limitation marquée**)

Étape 1 : Remplissez **seulement** la ou les sections des pages 3 à 8 qui s'appliquent à votre patient. Consultez le tableau ci-dessous pour connaître le numéro de la page que vous devez remplir et pour déterminer les sections que vous pouvez attester.

Remarque

Que vous remplissiez ce formulaire pour un enfant ou un adulte, évaluez son fonctionnement par rapport au fonctionnement d'une personne du même âge chronologique qui n'est pas limitée de façon marquée.

	Section :	Allez à :	Pour attester la section applicable, vous devez être un :
Limitation marquée dans une activité courante de la vie quotidienne	Voir	Page 3	Médecin ou optométriste
	• Parler	Page 3	Médecin ou orthophoniste
	• Entendre	Page 3	Médecin ou audiologiste
	• Marcher	Page 4	Médecin, ergothérapeute ou physiothérapeute (les physiothérapeutes peuvent attester seulement pour les années 2005 et suivantes)
	• Évacuer (fonctions intestinales ou vésicales)	Page 4	Médecin
	• Se nourrir	Page 5	Médecin ou ergothérapeute
	• S'habiller	Page 5	Médecin ou ergothérapeute
	• Effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante	Page 6	Médecin ou psychologue
	Soins thérapeutiques essentiels pour maintenir une fonction vitale	Page 7	Médecin
	Effet cumulatif des limitations considérables (lisez la définition ci-dessous) dans au moins deux activités courantes de la vie quotidienne, incluant la vision (pour les années 2005 et suivantes)	Page 8	Médecin ou ergothérapeute (les ergothérapeutes peuvent seulement attester pour marcher, se nourrir et s'habiller)

Étape 2 : Remplissez les sections « **Effets de la déficience** », « **Durée** » et « **Attestation** », à la page 9.

Définitions

Limitée de façon marquée – signifie que **toujours ou presque toujours**, et même en utilisant des appareils et des médicaments appropriés, et en suivant une thérapie (autre que des soins thérapeutiques essentiels pour maintenir une fonction vitale), l'une des situations suivantes s'applique :

- votre patient est incapable d'exécuter au moins une des activités courantes de la vie quotidienne (lisez ci-dessus);
- il faut à votre patient un temps excessif pour exécuter une ou plusieurs des activités courantes de la vie quotidienne.

Limitation considérable – signifie que même si votre patient ne répond pas **exactement** aux critères pour la limitation marquée, sa capacité d'exécuter une activité courante de la vie quotidienne (lisez ci-dessus), incluant la vision, est encore considérablement limitée.

Partie B – (suite)

Sans objet

Voir

Votre patient est **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.

Est-ce que votre patient est **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

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

--	--	--	--	--

Quel est son champ de vision **après correction**? (en degrés si possible)

--	--	--	--	--

Remplissez toutes les sections de la page 9.

Parler

Sans objet

Votre patient est considéré comme étant **limité de façon marquée** dans sa capacité de parler si, toujours ou presque toujours, selon le cas :

- il est **incapable** de parler de façon à se faire comprendre par une personne de sa connaissance, dans un endroit calme, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés;
- il prend un **temps excessif** pour parler de façon à se faire comprendre par une personne de sa connaissance, dans un endroit calme, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés.

Remarques

- Les appareils pour parler incluent des prothèses trachéo-oesophagiennes, amplificateurs de voix et autres appareils semblables.
- Prendre un **temps excessif** pour parler de façon à se faire comprendre signifie prendre **considérablement** plus de temps que la moyenne des personnes n'ayant pas de déficience.

Exemples de « **limité de façon marquée** » dans la capacité de parler (les exemples ne sont pas exhaustifs) :

- Votre patient doit, toujours ou presque toujours, avoir recours à des aides pour communiquer, par exemple le langage gestuel ou un tableau de symboles.
- Dans votre bureau, vous devez demander à votre patient de répéter plusieurs fois des mots et des phrases, ce qui fait qu'il prend un temps considérable pour se faire comprendre.

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

Si **oui**, à quelle date 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

Remplissez toutes les sections de la page 9.

Entendre

Sans objet

Votre patient est considéré comme étant **limité de façon marquée** dans sa capacité d'entendre si, toujours ou presque toujours, selon le cas :

- il est **incapable** d'entendre de façon à comprendre une personne de sa connaissance, dans un endroit calme, même avec des appareils appropriés;
- il prend un **temps excessif** pour entendre de façon à comprendre une personne de sa connaissance, dans un endroit calme, même avec des appareils appropriés.

Remarques

- Les appareils pour entendre incluent des appareils auditifs, implants cochléaires et autres appareils semblables.
- Un **temps excessif** pour entendre de façon à comprendre signifie prendre **considérablement** plus de temps à entendre de façon à comprendre que la moyenne des personnes n'ayant pas de déficience.

Exemples de « **limité de façon marquée** » dans la capacité d'entendre (les exemples ne sont pas exhaustifs) :

- Votre patient doit, toujours ou presque toujours, même en utilisant un appareil auditif, avoir recours à la lecture labiale ou au langage gestuel pour comprendre une conversation parlée.
- Dans votre bureau, vous devez élever la voix et répéter des mots et des phrases plusieurs fois pour que votre patient vous comprenne, même s'il utilise un appareil auditif. Conséquemment, il prend un temps considérable pour vous comprendre.

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

Si **oui**, à quelle date 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

Remplissez toutes les sections de la page 9.

Nom du patient : _____

Partie B – (suite)**Marcher**Sans objet

Votre patient est considéré comme étant **limité de façon marquée** dans sa capacité de marcher si, toujours ou presque toujours, selon le cas :

- il est **incapable** de marcher, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés;
- il prend un **temps excessif** pour marcher, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés.

Remarques

- Les appareils pour marcher incluent des cannes, ambulateurs et autres appareils semblables.
- Prendre un **temps excessif** pour marcher signifie prendre **considérablement** plus de temps que la moyenne des personnes n'ayant pas de déficience.

Exemples de « limité de façon marquée » dans la capacité de marcher (les exemples ne sont pas exhaustifs) :

- Votre patient doit toujours se servir d'un fauteuil roulant, même pour parcourir de courtes distances hors de la maison.
- Toujours ou presque toujours, votre patient ne peut marcher 100 mètres (environ un pâté de maisons) qu'en prenant un temps excessif, à cause des pauses qu'il doit prendre en raison de la douleur ou du manque de souffle.
- Votre patient éprouve des épisodes graves de fatigue, d'ataxie, au manque de coordination et des problèmes d'équilibre. Ces épisodes font en sorte qu'il est frappé d'incapacité pendant plusieurs jours consécutifs, du fait qu'il devient incapable de marcher plus de quelques pas. Entre les épisodes, votre patient continue à éprouver les symptômes ci-dessus, mais à un degré moindre. Néanmoins, ces symptômes moins graves l'exposent à un risque significatif de blessures dues à la perte d'équilibre, au manque de coordination, ou à une chute, et font en sorte qu'il a besoin d'un temps excessif pour marcher, toujours ou presque toujours.

Votre patient est-il **limité de façon marquée** dans sa capacité de marcher, tel qu'il est décrit ci-dessus? . . . Oui Non

Si **oui**, à quelle date 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

--	--	--	--

Remplissez toutes les sections de la page 9.

Évacuation (fonctions intestinales ou vésicales)Sans objet

Votre patient est considéré comme étant **limité de façon marquée** dans sa capacité d'évacuer si, toujours ou presque toujours, selon le cas :

- il est **incapable** de s'occuper lui-même de ses fonctions intestinales ou urinaires, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés;
- il prend un **temps excessif** pour s'occuper lui-même de ses fonctions intestinales ou urinaires, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés.

Remarques

- Les appareils pour l'évacuation incluent les cathéters, accessoires pour stomie et autres appareils semblables.
- Prendre un **temps excessif** pour s'occuper de ses fonctions intestinales ou urinaires signifie prendre **considérablement** plus de temps pour s'occuper de ses fonctions intestinales ou urinaires que la moyenne des personnes n'ayant pas de déficience.

Exemples de « limité de façon marquée » dans la capacité d'évacuer (les exemples ne sont pas exhaustifs) :

- Votre patient a quotidiennement besoin de l'aide d'une autre personne pour vider et entretenir son accessoire pour stomie.
- Votre patient souffre d'incontinence urinaire, toujours ou presque toujours, et il consacre quotidiennement un temps considérable à gérer et entretenir ses serviettes pour incontinence.

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

Si **oui**, à quelle date 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

--	--	--	--

Remplissez toutes les sections de la page 9.

Partie B – (suite)Sans objet **Se nourrir**

Votre patient est considéré comme étant **limité de façon marquée** dans sa capacité de se nourrir si, toujours ou presque toujours, selon le cas :

- il est **incapable** de se nourrir, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés;
- il prend un **temps excessif** pour se nourrir, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés.

Remarques

- Se nourrir **ne comprend pas** distinguer, 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.
- Les appareils pour se nourrir incluent des ustensiles modifiés et autres appareils semblables.
- Prendre un **temps excessif** pour se nourrir signifie prendre **considérablement** plus de temps que la moyenne des personnes n'ayant pas de déficience.

Exemples de « limité de façon marquée » dans la capacité de se nourrir (les exemples ne sont pas exhaustifs) :

- Votre patient doit, toujours ou presque toujours, se nourrir par gavage pour subsister.
- Votre patient prend quotidiennement un temps considérable pour préparer et manger ses repas en raison de la douleur et du manque de force et de dextérité dans ses membres supérieurs.

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

Si **oui**, à quelle date 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

--	--	--	--

Remplissez toutes les sections de la page 9.

S'habillerSans objet

Votre patient est considéré comme étant **limité de façon marquée** dans sa capacité de s'habiller si, toujours ou presque toujours, selon le cas :

- il est **incapable** de s'habiller, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés;
- il prend un **temps excessif** pour s'habiller, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés.

Remarques

- S'habiller **ne comprend pas** distinguer, chercher ou se procurer (y compris acheter) des vêtements.
- Les appareils pour s'habiller incluent des crochets à bouton spécialisés, chausse-pieds à long manche, barres d'appui, poignées de sécurité et autres appareils semblables.
- Prendre un **temps excessif** pour s'habiller signifie prendre **considérablement** plus de temps que la moyenne des personnes n'ayant pas de déficience.

Exemples de « limité de façon marquée » dans la capacité de s'habiller (les exemples ne sont pas exhaustifs) :

- Votre patient ne peut s'habiller sans avoir l'aide quotidienne d'une autre personne.
- Votre patient prend quotidiennement un temps considérable pour s'habiller en raison de la douleur et d'une réduction de dextérité et de flexibilité.

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

Si **oui**, à quelle date 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

--	--	--	--

Remplissez toutes les sections de la page 9.

Partie B – (suite)

Sans objet

Fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante

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, toujours ou presque toujours, selon le cas :

- il est **incapable** de les effectuer lui-même, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés (par exemple, les aides à la mémoire et les aides à l'adaptation);
- il prend un **temps excessif** pour les effectuer lui-même, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés. Prendre un temps excessif signifie prendre **considérablement** plus de temps que la moyenne des personnes n'ayant pas de déficience.

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 sociales et les transactions simples et ordinaires);
- la mémoire (par exemple, la capacité de se souvenir d'instructions simples, de renseignements personnels, tels que ses nom et 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 les problèmes, d'établir et d'atteindre des objectifs, de prendre des décisions **et** de porter des jugements appropriés).

Important – 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, serait admissible.

Exemples de « limité de façon marquée » dans la capacité d'effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante (les exemples ne sont pas exhaustifs) :

- Votre patient ne peut pas sortir de sa maison, toujours ou presque toujours, en raison de l'anxiété, même en prenant des médicaments et en suivant une thérapie.
- Votre patient vit de façon autonome dans plusieurs domaines de sa vie. Toutefois, même en prenant des médicaments et en suivant une thérapie, votre patient doit recevoir quotidiennement du soutien et de la supervision parce qu'il ne peut pas exactement interpréter son environnement.
- Toujours ou presque toujours, votre patient ne peut pas faire une transaction quotidienne simple sans l'aide d'une autre personne.
- Votre patient éprouve des épisodes psychotiques à de nombreuses reprises dans l'année. Étant donné l'imprévisibilité de ses épisodes psychotiques et les autres symptômes de sa déficience (par exemple, avolition, comportement et langage désorganisés), votre patient continue à avoir besoin de surveillance **quotidienne**.
- Votre patient, âgé de quatre ans, ne peut pas jouer activement avec des enfants du même âge ni comprendre des instructions simples.

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

Si **oui**, à quelle date 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

--	--	--	--

Remplissez toutes les sections de la page 9.

Partie B – (suite)

Sans objet

Soins thérapeutiques essentiels

Votre patient a besoin de soins thérapeutiques essentiels pour maintenir une fonction vitale, même si ces soins soulagent sa condition. Votre patient doit avoir besoin de soins thérapeutiques au moins 3 fois par semaine, pour une moyenne d'au moins 14 heures par semaine.

Remarques

Les points suivants s'appliquent pour déterminer le temps consacré à la thérapie par votre patient :

- Votre patient doit consacrer du temps à la thérapie, c'est-à-dire qu'il doit interrompre ses activités normales et journalières afin de la suivre. Si votre patient est soumis à la thérapie au moyen d'un appareil portatif tel qu'une pompe à insuline, ou d'un appareil implanté tel qu'un stimulateur cardiaque, le temps pris pour dispenser la thérapie avec l'appareil **ne compte pas** dans le calcul de la condition des 14 heures par semaine. Cependant, le temps consacré par votre patient pour le réglage d'un appareil portatif **compte**.
- **N'incluez pas** les activités comme l'observation d'une diète ou le respect de certaines restrictions alimentaires, l'exercice physique, le temps de déplacement, les rendez-vous médicaux (autres que les rendez-vous lors desquels votre patient suit la thérapie), le temps consacré à l'achat de médicaments ou le temps de récupération après les soins thérapeutiques.

Pour les années 2005 et suivantes

- Si la thérapie de votre patient exige un dosage régulier de médicaments qui doit être ajusté quotidiennement, les activités entourant directement la détermination et l'administration de ce dosage **font** partie des soins thérapeutiques admissibles (par exemple, la surveillance du taux de glucose dans le sang, la préparation et l'administration de l'insuline, le calibrage de l'équipement nécessaire pour ajuster le dosage, ou le maintien d'un livret de contrôle du taux de glucose dans le sang).
- Les activités qui sont considérées comme faisant partie de l'observation d'une diète, comme le calcul des hydrates de carbone et les activités liées à l'exercice physique, **ne comptent pas** dans le calcul de la condition des 14 heures par semaine (même lorsque ces activités ou régimes sont un facteur déterminant pour le dosage quotidien du médicament).
- Si un enfant ne peut pas exécuter les activités liées à la thérapie en raison de son âge, le temps consacré par les principaux responsables des soins de l'enfant pour exécuter et surveiller ces activités **peut** être compté dans le calcul de la condition des 14 heures par semaine. Par exemple, dans le cas d'un enfant ayant le diabète de type 1, la surveillance inclut : devoir réveiller l'enfant la nuit pour examiner son taux de glucose dans le sang, surveiller l'enfant pour déterminer s'il a besoin d'un test additionnel de glycémie (pendant ou après une activité physique) ou accomplir d'autres activités de surveillance qui peuvent raisonnablement être considérées comme nécessaires pour l'ajustement du dosage d'insuline (excluant le calcul d'hydrate de carbone).

Exemples de soins thérapeutiques essentiels (les exemples ne sont pas exhaustifs) :

- Physiothérapie respiratoire pour améliorer la respiration
- Dialyse des reins pour filtrer le sang
- Insulinothérapie pour le traitement du diabète de type 1 pour un enfant qui ne peut pas ajuster le dosage d'insuline lui-même (pour les années 2005 et suivantes)

Est-ce que votre patient répond aux conditions pour les **soins thérapeutiques essentiels**, telles qu'elles sont décrites ci-dessus? Oui Non

Si **oui**, à quelle date la thérapie de votre patient a-t-elle commencé à remplir ces conditions (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)? Année

--	--	--	--

Veuillez fournir les détails de la thérapie (par exemple, la dialyse ou, pour les personnes diabétiques, une pompe à insuline ou des injections multiples quotidiennes) :

Remplissez toutes les sections de la page 9.

Partie B – (suite)

Sans objet

Effet cumulatif des limitations considérables – pour les années 2005 et suivantes

Si votre patient est limité de façon marquée selon l'une des sections précédentes, il n'est pas nécessaire de remplir cette section.

Répondez aux questions de l'aide-mémoire ci-dessous pour vous aider à déterminer si votre patient a droit au montant pour personnes handicapées. Assurez-vous de répondre aux questions au bas de cette page.

1. Est-ce que votre patient a au moins une déficience des fonctions physiques ou mentales qui a duré ou est-il raisonnable de s'attendre à ce qu'elle dure au moins 12 mois consécutifs? Oui Non
2. Est-ce que la déficience donne lieu à une **limitation considérable** qui ne répond pas exactement aux critères pour la **limitation marquée** (lisez les définitions ci-dessous) dans au moins deux activités courantes de la vie quotidienne et ce, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés? Oui Non
3. Est-ce que ces limitations considérables sont présentes ensemble, toujours ou presque toujours? Oui Non
4. Est-ce que l'effet cumulatif de ces limitations considérables correspond à une limitation marquée dans une seule activité courante de la vie quotidienne (lisez les exemples ci-dessous)? Oui Non

Remarques

- Vous **pouvez** inclure la déficience visuelle en combinaison avec les activités courantes de la vie quotidienne.
- Vous **ne pouvez pas** inclure le temps consacré aux soins thérapeutiques essentiels.

Définitions

Limitée de façon marquée signifie que **toujours ou presque toujours**, et même à l'aide d'appareils et de médicaments appropriés, et en suivant une thérapie (autre que des soins thérapeutiques essentiels pour maintenir une fonction vitale), l'une des situations suivantes s'applique :

- votre patient est incapable d'exécuter au moins une des activités courantes de la vie quotidienne;
- il faut à votre patient un temps excessif pour exécuter une ou plusieurs des activités courantes de la vie quotidienne.

Limitation considérable signifie que même si votre patient ne répond pas **exactement** aux critères pour la limitation marquée, sa capacité d'exécuter une activité courante de la vie quotidienne, incluant la vision, est encore considérablement limitée.

Exemples d'effets cumulatifs correspondant à une limitation marquée dans une activité courante de la vie quotidienne (les exemples ne sont pas exhaustifs) :

- Votre patient peut marcher 100 mètres, mais doit prendre du temps pour récupérer. Il peut accomplir les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante, mais ne peut se concentrer sur un sujet que durant une courte période. L'effet cumulatif de ces deux limitations considérables correspond à une limitation marquée, telle que ne pas pouvoir accomplir une des activités courantes de la vie quotidienne.
- Votre patient prend toujours énormément de temps pour marcher, s'habiller et se nourrir. Le temps supplémentaire qu'il prend pour accomplir ces activités dans leur ensemble correspond à une limitation marquée, telle que prendre un temps excessif pour exécuter une activité courante de la vie quotidienne.

Répondez aux questions suivantes pour attester l'état de votre patient :

Attestez-vous que votre patient remplit les quatre conditions décrites dans l'aide-mémoire **ci-dessus**? ... Oui Non

Si **oui**, cochez au moins deux cases qui s'appliquent à votre patient.

- | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> voir | <input type="checkbox"/> parler | <input type="checkbox"/> entendre | <input type="checkbox"/> marcher | <input type="checkbox"/> évacuation
(fonctions
intestinales ou
vésicales) |
| <input type="checkbox"/> se nourrir | <input type="checkbox"/> s'habiller | <input type="checkbox"/> fonctions mentales
nécessaires aux activités de
la vie courante | | |

Si **oui**, à quelle date l'effet cumulatif décrit ci-dessus a-t-il commencé (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)? Année

--	--	--	--

Remplissez toutes les sections de la page 9.

Nom du patient : _____

Partie B – (suite : remplissez toutes les sections ci-dessous)**Effets de la déficience**

Les effets de la déficience de votre patient sont ceux qui font qu'il est limité, **toujours ou presque toujours**, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés.

Remarques

- Les activités courantes de la vie quotidienne sont marcher, parler, entendre, s'habiller, se nourrir, l'évacuation intestinale ou vésicale, et les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante.
- Le travail, les travaux ménagers et les activités sociales ou récréatives **ne sont pas** considérés comme des activités courantes de la vie quotidienne.

Exemples des « effets de la déficience » (les exemples ne sont pas exhaustifs) :

- Pour votre patient qui a une déficience en ce qui a trait à sa capacité de marcher, vous pourriez préciser le nombre d'heures par jour qu'il doit passer au lit ou dans un fauteuil roulant.
- Pour votre patient qui a une déficience des fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante, vous pourriez décrire le niveau de soutien et de supervision dont il a besoin.

Décrivez les effets de la déficience de votre patient sur sa capacité d'exécuter chacune des activités courantes de la vie quotidienne que vous avez indiquée comme étant "limitée de façon marquée" ou "considérablement limitée" (y compris le diagnostic, s'il est disponible). Si vous avez besoin de plus d'espace ci-dessous, joignez une feuille.

Diagnostic : _____

Effets de la déficience : _____

Durée

La déficience de votre patient a-t-elle duré au moins 12 mois consécutifs ou est-il raisonnable de s'attendre à ce qu'elle dure au moins 12 mois consécutifs? Pour les patients décédés, était-il raisonnable de s'attendre à ce que la déficience dure au moins 12 mois consécutifs? Oui Non

Si **oui**, la déficience s'est-elle améliorée, ou peut-on s'attendre à ce qu'elle s'améliore, de sorte que le patient ne soit plus aveugle, ni limité de façon marquée ou l'équivalent à cause de l'effet cumulatif des limitations considérables, ou qu'il n'ait plus besoin de soins thérapeutiques essentiels? Oui Non Incertain

Si **oui**, indiquez l'année de l'amélioration réelle ou prévue

Attestation

Cochez la case qui s'applique à vous :

- Médecin Optométriste Audiologiste Ergothérapeute
 Physiothérapeute Psychologue Orthophoniste

En tant que **praticien qualifié**, j'atteste que, à ma connaissance, les renseignements fournis dans la partie B de ce formulaire sont exacts et complets, et je comprends que l'ARC utilisera ces renseignements pour déterminer si mon patient a droit au montant pour personnes handicapées ou à d'autres programmes connexes.

Signez ici

Nom (en lettres moulées) _____

Date _____

Téléphone _____

Adresse

Remarque

Si d'autres renseignements sont nécessaires, l'ARC pourrait communiquer avec vous pour les obtenir.