



## CERTIFICAT POUR LE CRÉDIT D'IMPÔT POUR PERSONNES HANDICAPÉES

**REMARQUE** : Dans ce formulaire, le texte inséré entre parenthèses carrées reflète le texte de la version originale imprimée.

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

- des renseignements généraux sur le montant pour personnes handicapées;
- une liste de définitions;
- des renseignements sur la façon de demander un redressement pour les années précédentes;
- des renseignements sur ce qu'il faut faire si vous êtes en désaccord avec notre décision au sujet de votre admissibilité;
- un questionnaire pour vous aider à déterminer si vous êtes admissible au crédit d'impôt pour personnes handicapées;

- les adresses des centres fiscaux.

Le formulaire en soi comprend la **demande (partie A)** et l'**attestation (partie B)**. Les deux parties du formulaire doivent être remplies.

## **Qui utilise ce formulaire – et pourquoi?**

**Les personnes** qui ont une déficience grave et prolongée des fonctions physiques ou mentales (lisez «Définitions» à la page 8 [suivante] ), ou leur représentant légal, utilisent ce formulaire **pour demander** le crédit d'impôt pour personnes handicapées (CIPH) en remplissant la partie A du formulaire.

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

### **Remarque**

Pour obtenir des renseignements afin d'aider le praticien qualifié à remplir ce formulaire, allez à **[www.arc.gc.ca/praticiensqualifies](http://www.arc.gc.ca/praticiensqualifies)**.

## Qu'est-ce que le montant pour personnes handicapées?

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 et de prestations. 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](http://www.arc.gc.ca/handicape) ou consultez le guide RC4064, «Renseignements relatifs aux frais médicaux et aux personnes handicapées».

Le montant pour personnes handicapées est inscrit à la **ligne 316** (soi-même), à la **ligne 318** (transféré d'une personne à charge) ou à la **ligne 326** (transféré de votre époux ou conjoint de fait) de votre déclaration de revenus et de prestations, lorsque vous êtes admissible au CIPH.

continuez à la page suivante →

## Êtes-vous admissible?

Vous êtes admissible au CIPH seulement si nous approuvons ce 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 être** admissible au CIPH, remplissez le questionnaire d'auto-évaluation dans cette introduction.

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 rend pas nécessairement admissible au CIPH**. Ces régimes servent à d'autres fins et sont donc basés sur d'autres critères, comme l'incapacité de travailler.

L'Agence du revenu du Canada doit avoir reçu et traité ce certificat avant que vous puissiez être admissible au CIPH. Si nous vous avons déjà informé que vous êtes admissible, n'envoyez pas un autre formulaire à moins que nous vous ayons informé qu'un autre est nécessaire. **Vous devez cependant nous aviser si votre état s'améliore.**

**Vous pouvez nous envoyer le formulaire à n'importe quel moment de l'année.** Si vous nous envoyez votre formulaire avant de produire votre déclaration de revenus et de prestations, 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. **Nous n'acceptons pas les photocopies ou les télécopies de ce formulaire.**

**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 ou à la ligne 331 de votre déclaration de revenus et de prestations.

## **Programmes connexes**

Si un enfant âgé de moins de 18 ans est admissible au CIPH, il est également admissible à la **prestation pour enfants handicapés** selon la prestation fiscale canadienne pour enfants. Pour en savoir plus, allez à **[www.arc.gc.ca/prestations](http://www.arc.gc.ca/prestations)** ou consultez le livret T4114, «Prestations canadiennes pour enfants».

continuez à la page suivante →

Si vous êtes admissible au CIPH 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/pfrr](http://www.arc.gc.ca/pfrr) ou lisez la ligne 453 du «Guide général d'impôt et de prestations».

Si vous êtes admissible au CIPH, vous pourriez avoir le droit d'ouvrir un **régime enregistré d'épargne-invalidité (REEI)**. Pour en savoir plus, allez à [www.arc.gc.ca/REEI](http://www.arc.gc.ca/REEI) ou consultez le guide RC4460, «Régime enregistré d'épargne-invalidité».

## **Pour en savoir plus**

Si vous désirez avoir plus de renseignements, allez à [www.arc.gc.ca/handicape](http://www.arc.gc.ca/handicape) ou composez le **1-800-959-7383**.

Pour obtenir nos formulaires et publications, allez à [www.arc.gc.ca/formulaires](http://www.arc.gc.ca/formulaires) ou composez le **1-800-959-3376**.

## **Utilisez-vous un service de relais assisté par un téléphoniste ATS? –**

Si vous utilisez 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 20 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 votre nom, votre adresse, votre 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 en format MP3, en allant à **[www.arc.gc.ca/substituts](http://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**.

## Définitions

**Déficiences prolongées** – 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 de «limité de façon marquée», votre capacité d'exécuter une activité courante de la vie quotidienne, y compris votre vision (lisez la question 4 à la page 15 [suivante] ), est encore limitée de façon significative.

**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 à la page 15 [suivante] ).

**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 28 [2] de ce formulaire indique les sections du formulaire qu'ils peuvent attester.

**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 état. 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.

continuez à la page suivante →

- Vous devez consacrer 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 et l'administration de ce 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 glucides);

- le temps consacré pour exécuter et superviser les soins d'un enfant en raison de son âge par les principaux responsables des soins de l'enfant est considéré comme du temps consacré aux soins thérapeutiques.

## **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.

continuez à la page suivante →

## **Que faire si vous êtes en désaccord avec notre décision?**

Si nous n'approuvons pas votre formulaire, nous vous enverrons un avis de détermination expliquant pourquoi votre demande a été refusée.

Vérifiez votre copie du formulaire en la comparant avec le motif invoqué, 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'avions 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 examinerons votre dossier de nouveau.

Vous avez également le droit de présenter une opposition pour contester la décision. La limite de temps pour présenter une opposition est de 90 jours après la date d'envoi de l'avis de détermination.

### **Remarque**

Le fait de demander à votre centre fiscal de réviser votre dossier de nouveau 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 remplir et envoyer le formulaire T400A, «Opposition – Loi de l'impôt sur le revenu» ou une lettre signée 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 par voie électronique au moyen de notre site Web sécurisé à **[www.arc.gc.ca/mondossier](http://www.arc.gc.ca/mondossier)**.

Pour en savoir plus, visitez **[www.arc.gc.ca](http://www.arc.gc.ca)** ou consultez la brochure P148, «Régler votre différend : Vos droits d'opposition et d'appel selon la Loi de l'impôt sur le revenu».

## **Questionnaire d'auto-évaluation**

Répondez aux questions suivantes pour déterminer si vous **pourriez** être admissible au crédit d'impôt pour personnes handicapées (CIPH).

**Ce questionnaire ne remplace pas le formulaire en soi.**

continuez à la page suivante →

## Remarque

Si vos réponses indiquent que vous **n'êtes pas admissible** au CIPH mais que vous estimez toujours y avoir droit, lisez la page 21 [1] du formulaire pour obtenir des instructions sur la façon de le demander.

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 ci-dessous.

Si vous avez répondu **non**, vous **n'êtes pas admissible** au CIPH. Pour que vous puissiez demander le montant pour personnes handicapées, votre déficience doit être **prolongée** (lisez la définition à la page 8 [précédente] ).

2. Êtes-vous aveugle?

---

Oui  Non

3. Avez-vous besoin de **soins thérapeutiques essentiels** (lisez la définition à la page 9 [précédente] )?

---

Oui  Non

4. Est-ce que les effets de votre déficience vous **limitent de façon marquée** (lisez la définition à la page 8 [précédente] ) dans l'une des activités courantes de la vie quotidienne suivantes, et ce, même en utilisant des appareils et des médicaments appropriés et en suivant une thérapie?

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

Oui  Non

---

continuez à la page suivante →

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

- En raison de votre déficience, vous êtes **limité considérablement** (lisez la définition à la page 8 [précédente] ) dans au moins deux activités courantes de la vie quotidienne mentionnées 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 toujours ou presque toujours présentes ensemble.
- L'effet cumulatif de ces limitations considérables prises dans leur ensemble correspond à une **limitation marquée** (lisez la définition «limité de façon marquée» à la page 8 [précédente] ) dans l'exercice d'une **seule** activité courante de la vie quotidienne.

---

Oui  Non

Si vous avez répondu **oui** à la question 1 et à l'une des questions 2 à 5, vous **pourriez être admissible** au CIPH. Pour demander le CIPH, remplissez la partie A du formulaire. Présentez-le ensuite à un praticien qualifié qui peut attester 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 examinerons le formulaire et vous aviserons par écrit si vous êtes admissible au CIPH.

Si vous avez répondu **non** à toutes les questions 2 à 5, vous **n'êtes pas admissible** au CIPH. Pour être admissible au CIPH, vous devez répondre **oui** à au moins l'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 et de prestations. Pour en savoir plus, consultez le guide RC4064, «Renseignements relatifs aux frais médicaux et aux personnes handicapées».

continuez à la page suivante →

## Où devez-vous envoyer ce formulaire?

Remplissez et envoyez l'original du formulaire certifié à l'**Unité du crédit d'impôt pour personnes handicapées** de votre centre fiscal. Utilisez le tableau ci-dessous pour en connaître l'adresse.

<b>Si votre bureau des services fiscaux est situé dans l'un des endroits suivants :</b>	<b>Veillez envoyer votre formulaire à l'adresse suivante :</b>
Colombie-Britannique, Regina, et Yukon	Centre fiscal de Surrey 9755, boulevard King George Surrey BC V3T 5E6
Alberta, London, Manitoba, Saskatoon, Territoires du Nord-Ouest, Thunder Bay et Windsor	Centre fiscal de Winnipeg CP 14006, succursale Bureau-chef Winnipeg MB R3C 0E5
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

<p><b>Si votre bureau des services fiscaux est situé dans l'un des endroits suivants :</b></p>	<p><b>Veillez envoyer votre formulaire à l'adresse suivante :</b></p>
<p>Laval, Montréal, Nunavut, Ottawa, Rouyn-Noranda, Sherbrooke et Sudbury (sauf la région de Sudbury/Nickel Belt)</p>	<p>Centre fiscal de Shawinigan-Sud CP 4000, succursale Bureau-chef Shawinigan QC G9N 7V9</p>
<p>Chicoutimi, Montérégie-Rive-Sud, Outaouais, Québec, Rimouski, et Trois-Rivières</p>	<p>Centre fiscal de Jonquière 2251, boulevard René-Lévesque Jonquière QC G7S 5J2</p>
<p>Kingston, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Peterborough, Terre-Neuve-et-Labrador et St. Catharines</p>	<p>Centre fiscal de St. John's CP 12071, succursale A St. John's NL A1B 3Z1</p>
<p>Belleville, Hamilton, Île-du-Prince-Édouard et Kitchener/Waterloo</p>	<p>Centre fiscal de Summerside 275, chemin Pope Summerside PE C1N 6A2</p>

continuez à la page suivante →

<b>Si votre bureau des services fiscaux est situé dans l'un des endroits suivants :</b>	<b>Veillez envoyer votre formulaire à l'adresse suivante :</b>
Bureau international des services fiscaux (résidents réputés, non-résidents, nouveaux arrivants ou résidents de retour au Canada)	Bureau international des services fiscaux CP 9769, succursale T Ottawa ON K1G 3Y4

# CERTIFICAT POUR LE CRÉDIT D'IMPÔT POUR PERSONNES HANDICAPÉES

6729

PROTÉGÉ B (une fois rempli)

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

- Étape 1 :** Remplissez la partie A (**écrivez en lettres moulées**) et assurez-vous de signer aux endroits appropriés à la page 25 [au bas de cette page].
- Étape 2 :** Présentez ce formulaire à un praticien qualifié. Utilisez le tableau à la page 28 [suivante] pour savoir qui peut attester quelle section. Le praticien qualifié remplit la partie B.
- Étape 3 :** Remplissez et envoyez l'original du formulaire certifié (partie A et partie B) à votre centre fiscal. Utilisez le tableau de la page 18 [précédente] pour en connaître l'adresse.  
**Ce formulaire doit être soumis dans son intégralité.**

Lors du traitement de votre demande, nous communiquerons peut-être avec vous, ou avec 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		
<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme		Numéro d'assurance sociale 
Adresse postale : App. numéro et rue		C.P., R.R.
Ville	Prov./terr. 	Code postal 
Date de naissance		
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 :

mon époux ou conjoint de fait

autre (précisez) \_\_\_\_\_

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)? \_\_\_\_\_

continuez à la page suivante →

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

Non

Si **oui**, pour quelle(s) année(s)?

Donnez des précisions au sujet du soutien que vous fournissez à la personne handicapée (si vous avez besoin de plus d'espace, joignez une feuille supplémentaire) :

---

---

---

---

---

---

En tant que personne demandant le montant pour personnes handicapées, j'atteste que les renseignements fournis dans ce formulaire sont, à ma connaissance, exacts et complets.

Signature																
Ind. rég.			Numéro de téléphone					Année			Mois		Jour			
						-										

### Autorisation

En tant que personne handicapée ou son représentant légal, 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 crédit d'impôt pour personnes handicapées ou autres programmes semblables.

Signature																
Ind. rég.			Numéro de téléphone					Année			Mois		Jour			
						-										

continuez à la page suivante →

## **Partie B – Doit être remplie par le praticien qualifié**

Avant de remplir ce formulaire, lisez les instructions ci-dessous. Pour en savoir plus, allez à [www.arc.gc.ca/praticiensqualifies](http://www.arc.gc.ca/praticiensqualifies).

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 toujours ou presque toujours limité, 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 31 à 58 [3 à 8] qui s'appliquent à votre patient. Consultez le tableau aux pages 28 à 30 [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 ou de façon considérable.

continuez à la page suivante →

<b>Section :</b>	<b>Allez à :</b>	<b>Pour attester la section applicable, vous devez être un :</b>
<b>Voir</b>	Page 31 [3]	Médecin ou optométriste

**Limitation marquée dans une activité courante de la vie quotidienne**

● Parler	Page 32 [3]	Médecin ou orthophoniste
● Entendre	Page 34 [3]	Médecin ou audiologiste
● Marcher	Page 36 [4]	Médecin, ergothérapeute ou physiothérapeute (les physiothérapeutes peuvent attester seulement pour les années 2005 et suivantes)
● Évacuer (fonctions intestinales ou vésicales)	Page 38 [4]	Médecin
● Se nourrir	Page 40 [5]	Médecin ou ergothérapeute

<b>Section :</b>	<b>Allez à :</b>	<b>Pour attester la section applicable, vous devez être un :</b>
------------------	------------------	--

**Limitation marquée dans une activité courante de la vie quotidienne**

● S'habiller	Page 43 [5]	Médecin ou ergothérapeute
● Effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante	Page 45 [6]	Médecin ou psychologue
<b>Soins thérapeutiques essentiels</b> pour maintenir une fonction vitale	Page 49 [7]	Médecin

continuez à la page suivante →

<b>Section :</b>	<b>Allez à :</b>	<b>Pour attester la section applicable, vous devez être un :</b>
<b>Effet cumulatif des limitations considérables</b> dans au moins deux activités courantes de la vie quotidienne, incluant la vision (pour les années 2005 et suivantes)	Page 54 [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**» aux pages 59 à 62 [à la page 9].

## **Définition**

**Limité 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 l'une des activités courantes de la vie quotidienne (lisez les pages 28 à 30 [ci-dessus] );
- il faut à votre patient un temps excessif pour exécuter une ou plusieurs des activités courantes de la vie quotidienne.

**Voir** (Remplissez cette section, s'il y a lieu, et **toutes les sections aux pages 59 à 63 [de la page 9].**) Sans objet

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

continuez à la page suivante →

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		

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

---

oeil droit

oeil gauche

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

---

**Parler** (Remplissez cette section, s'il y a lieu, et

**toutes les sections aux pages 59 à 63 [de la page 9].)** 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** ou 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 excessif 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

La limitation marquée dans sa capacité de parler est-elle **toujours ou presque toujours**, présente?

---

Oui  Non

Si **oui**, quand 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** (Remplissez cette section, s'il y a lieu, et **toutes les sections aux pages 59 à 63 [de la page 9].**)

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** ou 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 entièrement à la lecture labiale ou au langage gestuel pour comprendre une conversation orale.
- 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. Par conséquent, il prend un temps excessif 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

continuez à la page suivante →

---

La limitation marquée dans sa capacité d'entendre est-elle **toujours ou presque toujours**, présente?

---

Oui  Non

Si **oui**, quand 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** (Remplissez cette section, s'il y a lieu, et **toutes les sections aux pages 59 à 63 [de la page 9].**)

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** ou 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, des déambulateurs et d'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, de 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 font en sorte qu'il a toujours ou presque toujours, besoin d'un temps excessif pour marcher.

Votre patient est-il **limité de façon marquée** dans sa capacité de marcher, tel qu'il est décrit à la page 37 [ci-dessus]?

---

Oui  Non

La limitation marquée dans sa capacité de marcher est-elle **toujours ou presque toujours**, présente ?

---

Oui  Non

Si **oui**, quand 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		

**Évacuation** – fonctions intestinales ou vésicales

(Remplissez cette section, s'il y a lieu, et

**toutes les sections aux pages 59 à 63 [de la page 9].)** 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** ou 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 toujours ou presque toujours, d'incontinence urinaire, ce qui nécessite un temps excessif à gérer et entretenir ses serviettes pour incontinence quotidiennement.

continuez à la page suivante →

Votre patient est-il **limité de façon marquée** dans sa capacité d'évacuer, tel qu'il est décrit à la page 39 [ci-dessus]?

---

Oui  Non

La limitation marquée dans sa capacité d'évacuer est-elle **toujours ou presque toujours**, présente?

---

Oui  Non

Si **oui**, quand 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** (Remplissez cette section, s'il y a lieu, et **toutes les sections aux pages 59 à 63 [de la page 9].**) Sans objet

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** ou 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.

continuez à la page suivante →

- Votre patient prend quotidiennement un temps excessif 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

La limitation marquée dans sa capacité de se nourrir est-elle **toujours ou presque toujours**, présente?

---

Oui  Non

Si **oui**, quand 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** (Remplissez cette section, s'il y a lieu, et **toutes les sections aux pages 59 à 63 [de la page 9].**) Sans 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** ou 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.

continuez à la page suivante →

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

- Votre patient ne peut pas s'habiller sans avoir l'aide quotidienne d'une autre personne.
- Votre patient prend quotidiennement un temps excessif 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

La limitation marquée dans sa capacité de s'habiller est-elle **toujours ou presque toujours**, présente?

---

Oui  Non

Si **oui**, quand 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** (Remplissez cette section, s'il y a lieu, et

**toutes les sections aux pages 59 à 63 [de la page 9].)** 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, toujours ou presque toujours, il est **incapable** ou il prend un **temps excessif** pour les effectuer lui-même, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés (par exemple, les aide-mémoire et les aides à l'adaptation).

### Remarques

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 à initier et répondre aux interactions sociales et les transactions simples et ordinaires);

continuez à la page suivante →

- 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).

**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 tel un achat à l'épicerie 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, est incapable d'exprimer ses besoins ou d'anticiper les conséquences de son comportement lors de ses interactions avec les autres.

continuez à la page suivante →

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 aux pages 46 et 47 [ci-dessus]?

---

Oui  Non

La limitation marquée dans sa capacité d'effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante est-elle **toujours ou presque toujours**, présente?

---

Oui  Non

Si **oui**, quand 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		

## Soins thérapeutiques essentiels

(Remplissez cette section, s'il y a lieu, et

**toutes les sections aux pages 59 à 63 [de la page 9].)** Sans objet

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**.

continuez à la page suivante →

- **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 glucides 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 des glucides).

continuez à la page suivante →

## 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 a besoin de **soins thérapeutiques essentiels pour maintenir une fonction vitale?**

---

Oui  Non

Est-ce que votre patient a besoin de soins thérapeutiques essentiels, au moins 3 fois par semaine?

---

Oui  Non

Est-ce que les soins thérapeutiques essentiels sont requis en moyenne au moins 14 heures par semaine?

---

Oui  Non

Si **oui**, quand 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		

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

continuez à la page suivante →

**Effet cumulatif des limitations considérables –**  
pour les années 2005 et suivantes (remplissez cette  
section, s'il y a lieu, et **toutes les sections aux pages 59**  
**à 63 [de la page 9]**. Toutefois, **ne remplissez pas** cette  
section si votre patient est limité de façon marquée selon  
l'une des sections précédentes.)

Sans objet

Répondez aux questions ci-dessous pour déterminer si votre patient  
pourrait être admissible au crédit d'impôt pour personnes handicapées.  
Assurez-vous de répondre aux questions à la page 58 [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 à la page 56 [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 **toujours ou presque toujours**, présentes ensemble?

---

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 à la page 57 [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.

Si vous avez répondu **oui** à toutes les questions aux pages 54 et 55 [ci-dessus], votre patient pourrait être admissible au crédit d'impôt pour personnes handicapées.

## **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 limitée de façon significative.

## Exemples

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 il 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.

continuez à la page suivante →

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

Attestez-vous que votre patient remplit les quatre conditions décrites dans les questions **aux pages 54 et 55 [ci-dessus]**?

---

Oui  Non

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

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

Si **oui**, quand 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** aux pages 60 à 63 [de cette page].

## **Effets de la déficience**

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

### **Remarque**

Les activités courantes de la vie quotidienne comprennent 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, la gestion d'un compte bancaire 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.

continuez à la page suivante →

- 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, joignez une autre 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

## Remarque

Tous les commentaires additionnels concernant la durée peuvent être ajoutés à la section «Effets de la déficience».

---

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

---

Année		

## Attestation

**Cochez la case qui s'applique à vous :**

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

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

**Signez ici**

---

Nom (en lettres moulées)										
Adresse										
Ville				Province/Territoire			Code postal			
Ind. rég.	Numéro de téléphone						Année		Mois	Jour
			-							

### Remarque

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

«Loi sur la protection des renseignements personnels»,  
Fichier des renseignements personnels ARC PPU 218