



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 faire modifier votre déclaration 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;
- où vous devez envoyer ce formulaire.

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** ayant une déficience grave et prolongée (défini à la page suivante) des fonctions physiques ou mentales, 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.

## 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 valider 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 la période précédente s'est terminée ou si nous vous demandons de le faire. **Vous devez nous aviser immédiatement 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 une fois rempli et signé.**

**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 liés

Si un enfant âgé de moins de 18 ans est admissible au CIPH, il est également admissible à la **prestation pour enfants handicapés** dans le cadre de 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*.

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/pftr](http://www.arc.gc.ca/pftr) ou lisez la ligne 453 dans le *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**. 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*.

## Utilisez-vous un téléimprimeur (ATS)?

Les utilisateurs d'un ATS, peuvent composer le **1-800-665-0354** pour obtenir une aide bilingue durant les heures normales d'ouverture.

Si vous utilisez un service de relais avec l'aide d'un téléphoniste, composez le **1-800-959-7383** durant les heures normales d'ouverture. Nous avons besoin de votre autorisation écrite pour pouvoir discuter de vos renseignements avec le téléphoniste de relais. Envoyez une lettre (nous la garderons dans nos dossiers jusqu'à ce que vous nous demandiez d'y faire des changements) à votre centre fiscal indiquant votre nom, votre adresse, votre numéro d'assurance sociale, le nom de la compagnie de téléphone que vous autorisez à discuter de vos renseignements pendant l'appel de relais, votre signature et la date à laquelle vous avez signé la lettre.

Nos agents sont à votre disposition du lundi au vendredi (sauf les jours fériés) de 8 h 15 à 17 h. Du 18 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).

**Si vous avez une déficience visuelle, vous pouvez obtenir nos publications en braille, en gros caractères, en texte électronique 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

**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 de « limité de façon marquée », votre vision ou votre capacité d'exécuter une activité courante de la vie quotidienne, (lisez la question 4 à la page suivante), est encore limitée de façon significative toujours ou presque toujours (au moins 90 % du temps).

**Limité de façon marquée** – Cela signifie que 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** (au moins 90 % du temps) incapable d'exécuter, ou vous prenez un temps excessif (défini ci-dessous) pour exécuter, une ou plusieurs des activités courantes de la vie quotidienne (lisez la question 4 à la page 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 2 de ce formulaire indique les sections du formulaire qu'ils peuvent attester.

**Soins thérapeutiques essentiels** – Vous devez répondre aux deux conditions suivantes :

- les soins thérapeutiques sont nécessaires pour maintenir une fonction vitale, même si ces soins soulagent la condition;
- la thérapie est requise au moins **3 fois par semaine**, pour une moyenne d'au moins **14 heures par semaine**.

Vous devez consacrer du temps à la thérapie, c'est-à-dire, que vous devez interrompre vos activités normales et journalières afin de suivre la thérapie. Si vous êtes 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 que vous consacrez 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 la personne 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, les soins thérapeutiques essentiels incluent le dosage régulier de médicaments qui doit être ajusté quotidiennement. Les activités entourant directement la détermination et l'administration du dosage font partie des soins thérapeutiques admissibles, à l'exception des activités qui sont liées à l'exercice physique ou à l'observation d'une diète comme 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 peut être compté dans le calcul de la condition des 14 heures par semaine.

Exemples de soins thérapeutiques essentiels :

- Physiothérapie respiratoire pour améliorer la respiration
- Dialyse des reins pour filtrer le sang

**Temps excessif** – est un jugement clinique établi par un praticien qualifié qui observe une différence notable dans le temps exigé par un patient pour exécuter une activité. En général, ceci équivaut à trois fois le temps qui serait habituellement exigé pour compléter cette activité.

## Comment faire modifier votre déclaration

Pour faire modifier votre déclaration 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 que vous aurez 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 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 appuyons 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 lors de notre premier examen du formulaire, envoyez ces renseignements à l'Unité du crédit d'impôt pour personnes handicapées de votre centre fiscal (lisez la page suivante) 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 nous demander 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*.

## Avez-vous besoin d'aide?

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

## Formulaires et publications

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**.

## 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.**

### Remarque

Si vos réponses indiquent que vous **n'êtes pas admissible** au CIPH mais que vous estimez toujours y avoir droit, lisez la page 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** (défini à la page précédente).

2. Êtes-vous aveugle?

Oui  Non

3. Avez-vous besoin de **soins thérapeutiques essentiels** (défini à la page précédente)?

Oui  Non

4. Est-ce que les effets de votre déficience vous **limitent de façon marquée** (défini à la page précédente) toujours ou presque toujours (au moins 90 % du temps) dans une ou plusieurs 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
- évacuation (intestinale ou vésicale)
- se nourrir
- s'habiller
- fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante

Oui  Non

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

- En raison de votre déficience, vous êtes **limité considérablement** (défini à la page précédente) dans deux ou plusieurs des activités courantes de la vie quotidienne mentionnées à la question 4, ou vous êtes **limité considérablement** dans votre capacité de voir et dans une ou plusieurs des activités courantes 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 (au moins 90 % du temps) présentes ensemble.
- L'effet cumulatif de ces limitations considérables prises dans leur ensemble correspond à être **limité de façon marquée** (défini à la page 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 en remplissant la partie B du formulaire. 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*.

### Où devez-vous envoyer ce formulaire?

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

| Si votre bureau des services fiscaux est situé aux endroits suivants :  | Envoyez votre formulaire à l'adresse suivante :   |
|---|---|
| Colombie-Britannique, Regina, et Yukon  | Centre fiscal de Surrey<br>9755, boulevard King George<br>Surrey BC V3T 5E6                 |
| Alberta, London, Manitoba, Saskatoon, Territoires du Nord-Ouest, Thunder Bay et Windsor   | Centre fiscal de Winnipeg<br>CP 14006, succursale Bureau-chef<br>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<br>1050, avenue Notre Dame<br>Sudbury ON P3A 5C1                   |
| Laval, Montréal, Nunavut, Ottawa, Rouyn-Noranda, Sherbrooke et Sudbury (sauf la région de Sudbury/Nickel Belt)                    | Centre fiscal de Shawinigan-Sud<br>CP 4000, succursale Bureau-chef<br>Shawinigan QC G9N 7V9 |
| Chicoutimi, Montérégie-Rive-Sud, Outaouais, Québec, Rimouski et Trois-Rivières  | Centre fiscal de Jonquière<br>2251, boulevard René-Lévesque<br>Jonquière QC G7S 5J2         |
| Kingston, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Peterborough, Terre-Neuve-et-Labrador et St. Catharines                             | Centre fiscal de St. John's<br>CP 12071, succursale A<br>St. John's NL A1B 3Z1              |
| Belleville, Hamilton, Île-du-Prince-Édouard et Kitchener/Waterloo   | Centre fiscal de Summerside<br>275, chemin Pope<br>Summerside PE C1N 6A2                    |
| Bureau international des services fiscaux (résidents réputés, non-résidents, nouveaux arrivants ou résidents de retour au Canada) | Bureau international des services fiscaux<br>CP 9769, succursale T<br>Ottawa ON K1G 3Y4     |

# CERTIFICAT POUR LE CRÉDIT D'IMPÔT POUR PERSONNES HANDICAPÉES

**6729**

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

**Protégé B**  
une fois rempli

**Étape 1 :** Remplissez la partie A (**écrivez en lettres moulées**) et 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. Le praticien qualifié remplit la partie B.

**Étape 3 :** Remplissez et envoyez l'**original** du formulaire attesté (partie A et partie B) à votre centre fiscal. Utilisez le tableau de la page précédente pour en connaître l'adresse. **Ce formulaire doit être soumis dans son intégralité** (pages 1 à 9).

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.

| <b>Renseignements sur la personne handicapée</b> |                        |   |  |
|--|------------------------|---|--|
| Prénom et initiale                               | Nom légal              | <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme |  |
| Adresse postale : App – n° et rue, CP, RR        |                        |   | Numéro d'assurance sociale               |
| Ville  | Province ou territoire | Code postal   | Date de naissance<br>Année   Mois   Jour |

| <b>Renseignements sur la personne qui demande le montant pour personnes handicapées (si différente)</b> |           |                            |
|---|-----------|----------------------------|
| 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)? \_\_\_\_\_

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

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

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  | Téléphone | Date<br>Année   Mois   Jour |
| Faire une fausse déclaration constitue une infraction grave. |           |                             |

### 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 liés.

|           |           |                             |
|-----------|-----------|-----------------------------|
| Signature | Téléphone | Date<br>Année   Mois   Jour |
|-----------|-----------|-----------------------------|

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

Protégé B  
une fois rempli

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 (au moins 90 % du temps) limité, même à l'aide de soins thérapeutiques essentiels, 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 plusieurs des activités courantes de la vie quotidienne, y compris 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 ou de façon considérable.

| Section:   | Allez à :   | Pour attester la section applicable, vous devez être un :  |
|--|---|--|
| <b>Voir</b>  | Page 3  | Médecin ou optométriste  |
| Limitation marquée dans une activité courante de la vie quotidienne  | • Parler  | Page 3<br>Médecin ou orthophoniste   |
|  | • Entendre  | Page 3<br>Médecin ou audiologiste  |
|  | • Marcher   | Page 4<br>Médecin, ergothérapeute ou physiothérapeute (les physiothérapeutes peuvent attester seulement pour les années 2005 et suivantes) |
|  | • Évacuation (fonctions intestinales ou vésicales)                              | Page 4<br>Médecin  |
|  | • Se nourrir  | Page 5<br>Médecin ou ergothérapeute  |
|  | • S'habiller  | Page 5<br>Médecin ou ergothérapeute  |
|  | • Effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante | Page 6<br>Médecin ou psychologue   |
| <b>Soins thérapeutiques essentiels</b>   | Page 7  | Médecin  |
| <b>Effet cumulatif des limitations considérables</b> dans au moins deux activités courantes de la vie quotidienne, y compris 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.

### Définition

**Limité de façon marquée** – Signifie que **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps), 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 une ou plusieurs des activités courantes de la vie quotidienne (lisez ci-dessus);
- il faut à votre patient un **temps excessif** (défini dans l'introduction de ce formulaire) pour exécuter une ou plusieurs des activités courantes de la vie quotidienne.

|  |                                     |                              |
|--|-------------------------------------|------------------------------|
| <b>Voir</b> (Remplissez cette section, s'il y a lieu, et <b>toutes les sections de la page 9.</b> )  | Sans objet <input type="checkbox"/> |                              |
| Votre patient est <b>aveugle</b> si, même avec des lentilles correctrices et des médicaments, selon le cas : <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'acuité visuelle de ses <b>deux</b> yeux est de 20/200 (6/60) ou moins sur la carte Snellen ou l'équivalent;</li> <li>• le plus grand diamètre du champ de vision de ses <b>deux</b> yeux est de 20 degrés ou moins.</li> </ul> |                                     |                              |
| Est-ce que votre patient est <b>aveugle</b> , tel que décrit ci-dessus?  | Oui <input type="checkbox"/>        | Non <input type="checkbox"/> |
| Si <b>oui</b> , 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<br> _ _ _ _                   |                              |
| Quelle est l'acuité visuelle de votre patient <b>après correction</b> ?  | œil droit<br>_____                  | œil gauche<br>_____          |
| Quel est son champ de vision <b>après correction</b> (en degrés si possible)?  | œil droit<br>_____                  | œil gauche<br>_____          |

|   |                                     |                              |
|---|-------------------------------------|------------------------------|
| <b>Parler</b> (Remplissez cette section, s'il y a lieu, et <b>toutes les sections de la page 9.</b> )   | Sans objet <input type="checkbox"/> |                              |
| Votre patient est considéré comme étant <b>limité de façon marquée</b> dans sa capacité de parler si, toujours ou presque toujours (au moins 90 % du temps), selon le cas, il est <b>incapable</b> ou il prend un <b>temps excessif</b> 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. |                                     |                              |
| <b>Remarques</b>  |                                     |                              |
| Les appareils pour parler incluent des prothèses trachéo-oesophagiennes, amplificateurs de voix et autres appareils semblables.   |                                     |                              |
| Prendre un <b>temps excessif</b> pour parler de façon à se faire comprendre signifie prendre <b>trois fois</b> plus de temps que la moyenne des personnes n'ayant pas la déficience.  |                                     |                              |
| <b>Exemples de « limité de façon marquée » dans la capacité de parler :</b>   |                                     |                              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Votre patient doit, toujours ou presque toujours (au moins 90 % du temps), avoir recours à des aides pour communiquer, par exemple le langage gestuel ou un tableau de symboles.</li> <li>• 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.</li> </ul>   |                                     |                              |
| Votre patient est-il <b>limité de façon marquée</b> dans sa capacité de parler, tel qu'il est décrit ci-dessus?   | Oui <input type="checkbox"/>        | Non <input type="checkbox"/> |
| La limitation marquée dans sa capacité de parler est-elle <b>toujours ou presque toujours</b> (au moins 90 % du temps), présente?   | Oui <input type="checkbox"/>        | Non <input type="checkbox"/> |
| Si <b>oui</b> , 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<br> _ _ _ _                   |                              |

|   |                                     |                              |
|---|-------------------------------------|------------------------------|
| <b>Entendre</b> (Remplissez cette section, s'il y a lieu, et <b>toutes les sections de la page 9.</b> )   | Sans objet <input type="checkbox"/> |                              |
| Votre patient est considéré comme étant <b>limité de façon marquée</b> dans sa capacité d'entendre si, toujours ou presque toujours (au moins 90 % du temps), selon le cas, il est <b>incapable</b> ou il prend un <b>temps excessif</b> pour entendre de façon à comprendre une personne de sa connaissance, dans un endroit calme, même avec des appareils appropriés.  |                                     |                              |
| <b>Remarques</b>  |                                     |                              |
| Les appareils pour entendre incluent des appareils auditifs, implants cochléaires et autres appareils semblables.   |                                     |                              |
| Un <b>temps excessif</b> pour entendre de façon à comprendre signifie prendre <b>trois fois</b> plus de temps à entendre de façon à comprendre que la moyenne des personnes n'ayant pas la déficience.  |                                     |                              |
| <b>Exemples de « limité de façon marquée » dans la capacité d'entendre :</b>  |                                     |                              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Votre patient doit, toujours ou presque toujours (au moins 90 % du temps), même en utilisant un appareil auditif, avoir recours entièrement à la lecture labiale ou au langage gestuel pour comprendre une conversation orale.</li> <li>• 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.</li> </ul> |                                     |                              |
| Votre patient est-il <b>limité de façon marquée</b> dans sa capacité d'entendre, tel qu'il est décrit ci-dessus?  | Oui <input type="checkbox"/>        | Non <input type="checkbox"/> |
| La limitation marquée dans sa capacité d'entendre est-elle <b>toujours ou presque toujours</b> (au moins 90 % du temps), présente?  | Oui <input type="checkbox"/>        | Non <input type="checkbox"/> |
| Si <b>oui</b> , 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<br> _ _ _ _                   |                              |

**Marcher** (Remplissez cette section, s'il y a lieu, et **toutes les sections 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 (au moins 90 % du temps), 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 **trois fois** plus de temps que la moyenne des personnes n'ayant pas la déficience.

**Exemples de « limité de façon marquée » dans la capacité de marcher :**

- Votre patient doit toujours se servir d'un fauteuil roulant, même pour parcourir de courtes distances hors de la maison.
- Toujours ou presque toujours (au moins 90 % du temps), 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 atteint d'une 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. Cependant, ces symptômes font en sorte qu'il a toujours ou presque toujours (au moins 90 % du temps), 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 ci-dessus? Oui  Non

La limitation marquée dans sa capacité de marcher est-elle **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps), 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** Sans objet   
(Remplissez cette section, s'il y a lieu, et **toutes les sections de la page 9.**)

Votre patient est considéré comme étant **limité de façon marquée** dans sa capacité d'évacuer si, toujours ou presque toujours (au moins 90 % du temps), 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 **trois fois** plus de temps pour s'occuper de ses fonctions intestinales ou urinaires que la moyenne des personnes n'ayant pas la déficience.

**Exemples de « limité de façon marquée » dans la capacité d'évacuer :**

- Votre patient a quotidiennement besoin de l'aide d'une autre personne pour vider et entretenir ses accessoires pour stomie.
- Votre patient souffre toujours ou presque toujours (au moins 90 % du temps), d'incontinence urinaire, ce qui nécessite un temps excessif à gérer et entretenir ses serviettes pour incontinence quotidiennement.

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

La limitation marquée dans sa capacité d'évacuer est-elle **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps), 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 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 (au moins 90 % du temps), 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** identifier, chercher ou se procurer (y compris acheter) de la nourriture.

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

Les appareils pour se nourrir incluent des ustensiles modifiés et autres appareils semblables.

Prendre un **temps excessif** pour se nourrir signifie prendre **trois fois** plus de temps que la moyenne des personnes n'ayant pas la déficience.

**Exemples de « limité de façon marquée » dans la capacité de se nourrir :**

- Votre patient doit, toujours ou presque toujours (au moins 90 % du temps), se nourrir par gavage pour subsister.
- 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**, (au moins 90 % du temps) 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 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 (au moins 90 % du temps), 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** identifier, 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 **trois fois** plus de temps que la moyenne des personnes n'ayant pas la déficience.

**Exemples de « limité de façon marquée » dans la capacité de s'habiller :**

- 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** (au moins 90 % du temps), 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 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 (au moins 90 % du temps), 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).

**Remarque**

Prendre un **temps excessif** signifie prendre **trois fois** plus de temps que la moyenne des personnes n'ayant pas la 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);
- la mémoire (par exemple, la capacité de se souvenir d'instructions simples, de renseignements personnels, tels que son nom et son adresse, ou de sujets d'importance ou d'intérêt);
- la résolution de problèmes, l'atteinte d'objectifs et le jugement, pris dans leur ensemble (par exemple, la capacité de résoudre des problèmes, d'établir et d'atteindre des objectifs, de prendre des décisions **et** de porter des jugements appropriés).

**Remarque**

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

**Exemples de « limité de façon marquée » dans la capacité d'effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante :**

- Votre patient ne peut pas sortir de sa maison, toujours ou presque toujours (au moins 90 % du temps), 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 (au moins 90 % du temps), 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, manque d'initiative ou de motivation, 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.

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 

La limitation marquée dans sa capacité d'effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante est-elle **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps), 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**Sans objet (Remplissez cette section, s'il y a lieu, et **toutes les sections de la page 9.**)Les soins thérapeutiques essentiels pour votre patient doivent rencontrer les **deux** conditions suivantes :

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

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 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).

**Exemples de soins thérapeutiques essentiels :**

- 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 ces soins thérapeutiques essentiels **pour maintenir une fonction vitale**?Oui  Non Est-ce que votre patient a besoin de ces soins thérapeutiques essentiels, au moins **3 fois par semaine**?Oui  Non Est-ce que ces 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

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

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

---



---



---



---



---



---



---



---

**Effet cumulatif des limitations considérables – pour les années 2005 et suivantes** Sans objet   
(remplissez cette section, s'il y a lieu, et **toutes les sections de la page 9.**)

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 au bas de cette page.

1. Est-ce que votre patient a 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 **deux** ou plusieurs des activités courantes de la vie quotidienne ou dans la capacité de **voir** et dans **une** ou plusieurs des 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** (au moins 90 % du temps), 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 ci-dessous)? Oui  Non

**Remarque**

Vous **ne pouvez pas** inclure le temps consacré aux soins thérapeutiques essentiels.

Si vous avez répondu **oui** à toutes les questions 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** (au moins 90 % du temps), 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 une ou plusieurs 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.

**Limité considérablement** signifie que **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps), même si votre patient ne répond pas **exactement** aux critères pour la limitation marquée, sa vision ou sa capacité d'exécuter une activité courante de la vie quotidienne est encore limitée de façon significative.

**Exemples**

Exemples d'effets cumulatifs correspondant à une limitation marquée dans une activité courante de la vie quotidienne :

- 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.

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

Est-ce que votre patient remplit les quatre conditions de l'effet cumulatif des limitations considérables décrites **ci-dessus**? Oui  Non

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

- voir       parler       entendre       marcher       évacuation (fonctions intestinales ou vésicales)
- se nourrir       s'habiller       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 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** (au moins 90 % du temps) 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 » :**

- 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 « limitée considérablement » (y compris le diagnostic, s'il est disponible). Si vous avez besoin de plus d'espace, joignez une autre feuille.

Effets de la déficience :

---



---



---

Diagnostic : \_\_\_\_\_

**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 :** Médecin Optométriste Ergothérapeute Audiologiste Physiothérapeute Psychologue Orthophoniste

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 liés.

**Signez ici**

Faire une fausse déclaration constitue une infraction grave.

Nom (en lettres moulées)

Date

Téléphone

Adresse

**Remarque**

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