

Attestation relative au traitement de l'infertilité

Ce formulaire s'adresse à tout particulier qui demande le crédit d'impôt pour traitement de l'infertilité ou le versement anticipé de ce crédit.

Année

1 Renseignements sur le particulier qui demande le crédit d'impôt (écrivez en majuscules)

Nom de famille

Prénom

Numéro d'assurance sociale

2 Renseignements sur la personne qui suit le traitement

Cochez la case correspondant à la personne qui suit le traitement.

Vous Votre conjointe Une autre personne

S'il s'agit d'une autre personne, fournissez les renseignements demandés ci-dessous.

Nom de famille

Prénom

Numéro d'assurance sociale

Adresse

Code postal

Date de naissance

A A A A M M J J

3 Attestation relative au traitement de l'infertilité

Cette partie doit être remplie par le médecin traitant de la personne qui suit le traitement.

Dans le cas d'un traitement de fécondation in vitro pour lequel des frais ont été payés avant le 15 novembre 2021, est-ce que la personne visée à la partie 1 ou son conjoint, s'il y a lieu, a subi une stérilisation chirurgicale par vasectomie ou ligature des trompes, selon le cas, pour des raisons qui ne sont pas strictement médicales? Oui Non

Est-ce qu'un traitement de l'infertilité équivalant à celui que suit la personne visée à la partie 2 est offert au Québec dans un centre de procréation assistée situé à moins de 200 kilomètres (ou à moins de 250 kilomètres, s'il s'agit de frais engagés avant le 1^{er} juillet 2016) de la localité où habite cette personne? Oui Non

Est-ce que la personne qui suit le traitement est incapable de voyager seule afin de recevoir ce traitement? Oui Non

Nom du centre de procréation assistée où le traitement est suivi

Numéro de permis

Adresse

Code postal

4 Signature

J'atteste que tous les renseignements fournis à la **partie 3** sont exacts et complets.

Nom du médecin (écrivez en majuscules)

Adresse

Code postal

Signature

Date

Ind. rég.

Téléphone

Poste



12WY ZZ 49508789