

## Attestation d'assistance soutenue Personne aidante sans lien familial avec la personne aidée

Ce formulaire s'adresse à vous si vous avez demandé le crédit d'impôt pour personne aidante et que vous devez fournir une attestation écrite confirmant que vous avez été désigné pour porter une assistance soutenue à une personne sans lien familial avec vous (ci-après appelée *personne aidée admissible*), à titre non professionnel et dans un cadre non officiel, pour l'accomplissement d'une activité courante de la vie quotidienne.

La personne aidée admissible doit préalablement avoir fait l'objet d'une attestation confirmant qu'elle est atteinte d'une déficience grave et prolongée des fonctions mentales ou physiques (fournie au moyen du formulaire *Attestation de déficience* [TP-752.0.14] ou du formulaire fédéral *Certificat pour le crédit d'impôt pour personnes handicapées* [T2201]) **et** d'une attestation confirmant qu'elle a besoin d'assistance (fournie au moyen du formulaire TP-752.0.14).

L'attestation d'assistance soutenue doit être renouvelée au plus tard trois ans après la première demande du crédit d'impôt pour personne aidante et tous les trois ans par la suite. Notez que vous devez produire une nouvelle

attestation d'assistance soutenue si vous apportez une assistance soutenue à une nouvelle personne aidée admissible.

Remplissez les parties 1 et 2 de ce formulaire, puis faites remplir les parties 3 et 4 par la personne aidée admissible et la partie 5 par un professionnel du réseau de la santé et des services sociaux ou un professionnel du secteur privé qui est membre d'un ordre professionnel.

### Envoi du formulaire

Vous devez joindre ce formulaire à votre déclaration de revenus ou nous l'envoyer, accompagné d'une lettre portant votre signature, à l'une des adresses suivantes :

- C. P. 3000, succursale Place-Desjardins, Montréal (Québec) H5B 1A4
- 3800, rue de Marly, Québec (Québec) G1X 4A5

Votre lettre doit indiquer votre numéro d'assurance sociale et mentionner que vous avez demandé le crédit d'impôt pour personne aidante en remplissant l'annexe H de votre déclaration.

### 1 Renseignements sur vous (la personne aidante)

|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                             |                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Numéro d'assurance sociale<br>01 <input style="width: 90%; border: none; border-bottom: 1px dashed black;" type="text"/>    | Date de naissance<br>02 <input style="width: 90%; border: none; border-bottom: 1px dashed black;" type="text"/><br><small style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 8px;">A A A A M M J J</small> |                                                                                                             |                                                                                                          |
| Nom de famille<br>03 <input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>                 |                                                                                                                                                                                                                         | Prénom<br>04 <input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>         |                                                                                                          |
| Appartement<br>05 <input style="width: 90%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>                    | Numéro<br><input style="width: 90%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>                                                                                                                        | Rue, case postale<br><input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/> |                                                                                                          |
| Ville, village ou municipalité<br>06 <input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/> |                                                                                                                                                                                                                         | Province<br><input style="width: 90%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>          | Code postal<br>07 <input style="width: 90%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/> |

### 2 Signature de la personne aidante

Je déclare que tous les renseignements fournis dans ce formulaire sont, à ma connaissance, exacts et complets. Je confirme que je suis la personne aidante de la personne mentionnée à la partie 3 et que je lui offre une aide soutenue afin qu'elle accomplisse une activité courante de la vie quotidienne. Je comprends que le fait de faire une fausse déclaration peut entraîner l'imposition de pénalités et constituer une infraction selon la Loi sur l'administration fiscale. J'autorise le ministère de la Santé et des Services sociaux à communiquer des renseignements me concernant à Revenu Québec pour l'application du crédit d'impôt.

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne aidante

\_\_\_\_\_  
Date

### 3 Renseignements sur la personne aidée admissible

|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                             |                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Numéro d'assurance sociale<br>08 <input style="width: 90%; border: none; border-bottom: 1px dashed black;" type="text"/>    | Date de naissance<br>09 <input style="width: 90%; border: none; border-bottom: 1px dashed black;" type="text"/><br><small style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 8px;">A A A A M M J J</small> |                                                                                                             |                                                                                                          |
| Nom de famille<br>10 <input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>                 |                                                                                                                                                                                                                         | Prénom<br>11 <input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>         |                                                                                                          |
| Appartement<br>12 <input style="width: 90%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>                    | Numéro<br><input style="width: 90%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>                                                                                                                        | Rue, case postale<br><input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/> |                                                                                                          |
| Ville, village ou municipalité<br>13 <input style="width: 95%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/> |                                                                                                                                                                                                                         | Province<br><input style="width: 90%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>          | Code postal<br>14 <input style="width: 90%; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/> |



14K8 ZZ 49527556

