

# Attestation

## Statut de personne non autonome

Crédit d'impôt pour maintien à domicile des aînés

Ce formulaire s'adresse à vous si vous avez demandé le crédit d'impôt pour maintien à domicile des aînés et que vous devez nous fournir une attestation écrite d'un médecin ou d'une infirmière praticienne spécialisée ou d'un infirmier praticien spécialisé confirmant que vous êtes une personne non autonome.

Faites-nous parvenir le formulaire dûment rempli et signé à l'adresse suivante :

Revenu Québec  
3800, rue de Marly  
C. P. 25100, succursale Terminus  
Québec (Québec) G1K 0B1

Remplissez la partie 1 de ce formulaire et faites remplir les parties 2 et 3 par votre médecin ou une infirmière praticienne spécialisée ou un infirmier praticien spécialisé.

### 1 Renseignements sur vous

Nom de famille

1

Prénom

2

Date de naissance

6

A A A A M M J J

Appartement

7

Numéro

Rue, case postale

Ville, village ou municipalité

8

Province

Code postal

9

### 2 Évaluation médicale (à remplir par le médecin ou l'infirmière praticienne spécialisée ou l'infirmier praticien spécialisé)

Pour attester que votre patient est non autonome, vous devez pouvoir répondre **oui** à l'une des questions 20 et 21.

20 Est-ce que votre patient dépend et continuera à dépendre en permanence, pour une période prolongée et indéfinie, d'autres personnes pour la plupart de ses besoins et de ses soins personnels, c'est-à-dire pour l'hygiène, l'habillement, l'alimentation, la mobilisation et les transferts (déplacements à l'intérieur de l'habitation)? ..... 1  Oui 2  Non 3  Sans objet

21 Est-ce que votre patient a besoin d'une surveillance constante en raison d'un trouble mental grave caractérisé par une détérioration permanente des activités de la pensée? ..... 1  Oui 2  Non 3  Sans objet

22 Si vous avez répondu **oui** à la question 20 ou 21, inscrivez depuis quand, à votre connaissance, votre patient est non autonome. ....

A A A A M M J J

### 3 Signature du médecin ou de l'infirmière praticienne spécialisée ou de l'infirmier praticien spécialisé

J'atteste que les renseignements fournis à la partie 2 sont exacts et complets.

Nom du médecin ou de l'infirmière praticienne spécialisée ou de l'infirmier praticien spécialisé

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature du médecin ou de l'infirmière praticienne spécialisée ou de l'infirmier praticien spécialisé

Date

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Numéro de permis provincial

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ind. rég.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



11FY ZZ 49497089