



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

Ce formulaire est divisé en deux sections, l'introduction et le formulaire lui-même. L'introduction inclut ce qui suit :

- des renseignements généraux sur le montant pour personnes handicapées;
- un questionnaire pour vous aider à déterminer si vous avez droit au montant pour personnes handicapées;
- une liste de définitions;
- les adresses des bureaux fiscaux;
- comment demander un redressement pour les années précédentes;
- des renseignements sur ce que vous pouvez faire si vous êtes en désaccord avec notre décision au sujet de votre admissibilité.

Le formulaire lui-même inclut la section de la demande (partie A) et la section de certification (partie B). Les deux sections doivent être remplies.

### Qui utilise ce formulaire – et pourquoi?

Les **personnes** qui ont une déficience des fonctions physiques ou mentales grave et prolongée (lisez les définitions aux pages suivantes), ou leur représentant, utilisent le formulaire T2201 pour demander le montant pour personnes handicapées en remplissant la partie A du formulaire.

Les **praticiens qualifiés** utilisent le formulaire T2201 pour attester les effets de la déficience en remplissant la partie B du formulaire.

Le montant pour personnes handicapées est un crédit d'impôt non remboursable qui sert à réduire l'impôt à payer dans la déclaration de revenus. 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 personne qui subvient à vos besoins. Pour obtenir plus de renseignements, visitez notre site Web à [www.arc.gc.ca/handicape](http://www.arc.gc.ca/handicape) ou lisez le guide RC4064, *Renseignements relatifs aux frais médicaux et aux personnes handicapées*.

Si un enfant âgé de moins de 18 ans a droit au montant pour personnes handicapées, il est également admissible à la **prestation pour enfants handicapés**, un montant de la prestation fiscale canadienne pour enfants. Pour en savoir plus, visitez notre site Web à [www.arc.gc.ca/prestations](http://www.arc.gc.ca/prestations) ou lisez la brochure T4114, *Votre prestation fiscale canadienne pour enfants*.

### Êtes-vous admissible?

Vous avez droit au montant pour personnes handicapées seulement si nous approuvons un formulaire rempli par un praticien qualifié, qui atteste sur le formulaire que vous avez une déficience prolongée et certifie les effets de cette déficience. Pour savoir si vous **pouvez** avoir droit au montant pour personnes handicapées, remplissez le questionnaire d'auto-évaluation à la page suivante.

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 donne pas nécessairement droit à ce montant**. Ces régimes servent à d'autres fins et sont donc basés sur d'autres critères, tels que l'incapacité de travailler.

L'Agence du revenu du Canada doit avoir reçu et traité ce certificat avant que vous puissiez avoir droit au montant pour personnes handicapées ou à la prestation pour enfants handicapés.

Si nous vous avons déjà informé que vous êtes admissible, n'envoyez pas un autre formulaire à moins que nous vous le demandions, comme lorsque la période précédente d'admissibilité est écoulée. Vous devez néanmoins nous aviser si votre condition s'améliore.

Vous pouvez nous envoyer le formulaire à n'importe quel moment de l'année. En nous envoyant votre formulaire avant de produire votre déclaration de revenus, 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.

**Frais** – Vous êtes responsable de tous les frais exigés par le praticien qualifié pour remplir ce formulaire ou pour nous fournir plus de précisions. Toutefois, vous pourrez peut-être les demander comme frais médicaux à la ligne 330 de votre déclaration de revenus.

### Avez-vous besoin de renseignements ou de formulaires?

Pour obtenir plus de renseignements, visitez notre site Web à [www.arc.gc.ca](http://www.arc.gc.ca) ou composez le **1-800-959-7383**. Pour obtenir des formulaires ou des publications, visitez notre site Web à [www.arc.gc.ca/formulaires](http://www.arc.gc.ca/formulaires) ou composez le **1-800-959-3376**.

**Accès sur Internet** – Pour obtenir des renseignements, un accès facile à nos publications et formulaires, des liens vers nos partenaires gouvernementaux et des renseignements sur les services pour les personnes handicapées, visitez notre site Web à [www.arc.gc.ca/handicape](http://www.arc.gc.ca/handicape).

**Utilisez-vous un téléimprimeur?** – Si vous avez accès à 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. Toutefois, de la mi-février au 30 avril, vous pouvez communiquer avec eux jusqu'à 22 h en semaine, et de 9 h à 13 h la fin de semaine.

**Utilisez-vous un service de relais assisté par un téléphoniste ATS?** – La loi nous oblige à protéger la confidentialité de vos renseignements fiscaux et de prestations. Pour cette raison, nous avons besoin de votre autorisation écrite afin de 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 vos nom, adresse, numéro d'assurance sociale, le nom de la compagnie de téléphone que vous autorisez, votre signature et la date que vous avez signé la lettre.

Si vous avez une déficience visuelle, vous pouvez obtenir nos publications et votre correspondance personnalisée en braille, en gros caractères, en texte électronique (CD ou disquette), en format MP3 ou sur audiocassette. Pour en savoir plus, visitez notre site Web à [www.arc.gc.ca/substituts](http://www.arc.gc.ca/substituts) ou composez le **1-800-959-3376**.

## Questionnaire d'auto-évaluation

Ce questionnaire ne remplace pas le formulaire lui-même. Il est fourni afin de vous aider à déterminer si vous pouvez avoir droit au montant pour personnes handicapées. **Ne joignez pas ce questionnaire au formulaire T2201 que vous nous enverrez.**

**Remarque** : Si vos réponses indiquent que vous **n'êtes pas admissible** au montant pour personnes handicapées mais que vous estimez toujours y avoir droit, lisez la page 1 du formulaire lui-même pour obtenir des instructions sur la façon de demander ce montant.

1. Est-ce que votre déficience de vos fonctions physiques ou mentales a duré ou peut-on 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.

Si vous avez répondu *non*, vous **n'avez pas droit** au montant pour personnes handicapées. Pour que vous puissiez demander le montant pour personnes handicapées, votre déficience doit être **prolongée** (lisez la définition ci-dessous).

2. Êtes-vous **aveugle**? ..... oui  non

3. Avez-vous besoin de **soins thérapeutiques essentiels** (lisez la définition à la page suivante)? ..... oui  non

4. Est-ce que les effets de votre déficience vous **limitent de façon marquée** (lisez la définition ci-dessous) dans l'une des activités courantes de la vie quotidienne suivantes? ..... oui  non

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

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

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

### Avez-vous droit au montant pour personnes handicapées?

Si vous avez répondu *oui* à la question 1 et à l'une des questions 2 à 5, vous **pourriez avoir droit** au montant pour personnes handicapées. Pour demander ce montant, remplissez la page 1 du formulaire. Présentez-le ensuite à un praticien qualifié qui peut certifier les conditions de votre déficience. Une fois que le praticien qualifié a attesté le formulaire, envoyez-le-nous afin que nous puissions établir votre admissibilité. Nous vous enverrons une lettre vous indiquant si vous avez droit au montant pour personnes handicapées.

Si vous avez répondu *non* à toutes les questions 2 à 5, vous **n'avez pas droit** au montant pour personnes handicapées. Pour avoir droit à ce montant, vous devez répondre *oui* à au moins 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. Pour en savoir plus, lisez le guide RC4064, *Renseignements relatifs aux frais médicaux et aux personnes handicapées*.

## 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 pour la limitation marquée, votre capacité d'exécuter n'importe quelle des activités courantes de la vie quotidienne (lisez la question 4 ci-dessus) est encore considérablement limitée.

**Limité de façon marquée** – Vous êtes limité de façon marquée si, même en utilisant des appareils et des médicaments appropriés et en suivant une thérapie (autre que des soins thérapeutiques essentiels au maintien de la vie), 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 ci-dessus).

**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 1 du formulaire indique les sections du formulaire qu'ils peuvent attester.

## Définitions (suite)

**Soins thérapeutiques essentiels (pour les années 2000 et suivantes)** – Les soins thérapeutiques essentiels doivent répondre aux conditions suivantes :

- Vous avez besoin de soins thérapeutiques pour vous maintenir en vie, même s'ils soulagent votre condition. 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, d'hygiène ou de médication, ni les appareils implantés, comme un stimulateur cardiaque.
- Vous devez consacrer expressément du temps à la thérapie, soit au moins **14 heures par semaine en moyenne**, à raison de **3 fois par semaine** (n'incluez pas le temps consacré aux déplacements ou aux visites médicales, ni le temps de récupération nécessaire après un traitement, ou le magasinage pour les médicaments). Le temps consacré à la thérapie est le temps que vous devez prendre en dehors des activités normales et journalières afin de recevoir 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 du 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 hydrates de carbone;
- le temps consacré par un fournisseur de soins primaires pour exécuter et superviser les soins d'un enfant en raison de son âge est considéré comme du temps consacré aux soins thérapeutiques.

## Où envoyer le formulaire dûment rempli

Envoyez le formulaire certifié au même bureau fiscal que celui où vous envoyez votre déclaration de revenus. Si vous n'êtes pas certain de votre bureau, visitez notre site Web à [www.arc.gc.ca/joindre](http://www.arc.gc.ca/joindre) et cliquez sur « Où envoyer votre déclaration T1 », ou lisez « Adresses des bureaux fiscaux » dans le guide RC4064, *Renseignements relatifs aux frais médicaux et aux personnes handicapées*.

Centre fiscal de St. John's  
C.P. 12072, succ. A  
St. John's NL A1B 3Z2

Centre fiscal de Shawinigan-Sud  
C.P. 4000, succ. Bureau-chef  
Shawinigan QC G9N 7V9

Centre fiscal de Surrey  
9755, King George Highway  
Surrey BC V3T 5E6

Centre fiscal de Sudbury  
1050, avenue Notre-Dame  
Sudbury ON P3A 5C2

Centre fiscal de Summerside  
105-275, chemin Pope  
Summerside PE C1N 6E8

Centre fiscal de Jonquière  
2251, boul. René-Lévesque  
Jonquière QC G7S 5J2

Centre fiscal de Winnipeg  
C.P. 14001, succ. Bureau-chef  
Winnipeg MB R3C 3M3

Si vous êtes un **résident réputé**, un **non-résident**, un **nouvel arrivant** ou un **résident de retour** au Canada, envoyez le formulaire certifié au :

Bureau international des services fiscaux  
102A-2204, chemin Walkley  
Ottawa ON K1A 1A8

## Comment demander un redressement

Si vous voulez demander un redressement afin d'y 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 avec votre formulaire T2201 dûment rempli.

Si un représentant agit en votre nom vous devez nous envoyer une lettre signée ou 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 une lettre expliquant pourquoi votre demande a été refusée. Vérifiez votre copie du formulaire en la comparant avec la raison donnée, 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'avons 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 réviserons votre dossier de nouveau.

Vous avez également le droit de présenter une opposition pour en appeler de la décision. Cependant, votre opposition ne peut pas être fondée sur une lettre de notre part, mais plutôt sur un avis de cotisation ou de nouvelle cotisation. Nous vous envoyons ces avis après que vous ayez produit une déclaration de revenus ou que vous ayez demandé une correction à une déclaration pour l'année en question.

Il y a un délai pour présenter une opposition. Vous devez présenter votre opposition au plus tard à la **dernière** des deux dates suivantes :

- un an après la date où vous devez produire la déclaration de revenus pour l'année en question;
- 90 jours après la date de votre avis de cotisation ou de l'avis de nouvelle cotisation pour l'année en question.

**Remarque** : Le fait de demander à votre centre fiscal de réviser votre dossier de nouveau (voir ci-dessus) 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 envoyer le formulaire T400A, *Opposition – Loi de l'impôt sur le revenu*, dûment rempli, ou une lettre 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 électroniquement au moyen de notre site Web sécurisé à [www.arc.gc.ca/mondossier](http://www.arc.gc.ca/mondossier). Pour en savoir plus, visitez notre site Web à [www.arc.gc.ca](http://www.arc.gc.ca) ou obtenez la brochure RC4213, *Vos droits*.

# CERTIFICAT POUR LE CRÉDIT D'IMPÔT POUR PERSONNES HANDICAPÉES

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

**Étape 1 :** Remplissez cette page (écrivez en lettres moulées).  
Assurez-vous de signer l'autorisation au bas de la page.

**Étape 2 :** Présentez ce formulaire à un praticien qualifié (utilisez le tableau à la droite pour savoir qui peut attester quelle section).

**Étape 3 :** Envoyez le formulaire, dûment rempli, à l'un des bureaux listés à « **Où envoyer le formulaire dûment rempli** » de la section de l'introduction de ce formulaire.

**Conservez une copie de ce formulaire pour vos dossiers.**

Lors du traitement de votre demande, nous communiquerons peut-être avec vous, ou un praticien qualifié (identifié dans ce certificat ou une pièce jointe) qui est au courant de votre déficience, pour obtenir plus de renseignements.

Praticiens qualifiés	peuvent attester :
Les médecins	toutes les sections
Les optométristes	voir
Les audiologistes	entendre
Les ergothérapeutes	marcher, se nourrir, s'habiller et les effets cumulatifs pour ces activités
Les physiothérapeutes	marcher
Les psychologues	fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante
Les orthophonistes	parler

### Renseignements sur la personne handicapée

Prénom et initiale	Nom légal	Nom de jeune fille (s'il y a lieu)	Homme <input type="checkbox"/>	Femme <input type="checkbox"/>
Adresse postale : App. n° et rue			Numéro d'assurance sociale	
C.P.	R.R.	Date de naissance		
Ville	Prov./terr.	Code postal	Année	Mois
			Jour	

### Renseignements sur la personne qui demande le montant pour personnes handicapées (si différents)

Prénom et initiale	Nom légal	Numéro d'assurance sociale
La personne handicapée est : <input type="checkbox"/> mon époux ou conjoint de fait <input type="checkbox"/> autres (précisez) _____		
Si vous demandez le montant pour personnes handicapées pour cette personne à charge, répondez aux questions suivantes pour <b>toutes</b> les années de votre demande.		
1. La personne handicapée demeure-t-elle avec vous? ..... oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
Si <i>oui</i> , pour quelle(s) année(s)? .....		
2. Si vous avez répondu <i>non</i> 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 <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
Si <i>oui</i> , pour quelle(s) année(s)? .....		
Donnez des précisions au sujet de l'appui que vous fournissez à la personne handicapée : _____		
Si vous avez besoin de plus d'espace, joignez une feuille.		

### Autorisation

En tant que personne handicapée ou représentant, j'autorise tout praticien qualifié ayant des dossiers cliniques pertinents (identifié dans ce certificat et toute pièce jointe) à divulguer à l'Agence du revenu du Canada des renseignements qui sont nécessaires pour établir l'admissibilité.

Signez ici \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## Partie B – À remplir par le praticien qualifié

Avant de remplir ce formulaire, lisez les renseignements et les instructions ci-dessous.

Votre patient doit avoir une déficience des fonctions physiques ou mentales grave et prolongée. 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 démontrent qu'il est limité, toujours ou presque toujours, 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 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 quelles sections 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.

	Section :	Allez à :	Pour attester la section applicable, vous devez être un :
Limitation marquée dans une activité courante de la vie quotidienne	Voir	Page 3	Médecin ou optométriste
	• Parler	Page 3	Médecin ou orthophoniste
	• Entendre	Page 3	Médecin ou audiologiste
	• Marcher	Page 4	Médecin, ergothérapeute ou physiothérapeute (les physiothérapeutes peuvent attester seulement pour les années 2005 et suivantes)
	• Évacuer (fonctions intestinales ou vésicales)	Page 4	Médecin
	• Se nourrir	Page 5	Médecin ou ergothérapeute
	• S'habiller	Page 5	Médecin ou ergothérapeute
	• Effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante	Page 6	Médecin ou psychologue
	<b>Soins thérapeutiques essentiels</b> pour maintenir une fonction vitale (pour les années 2000 et suivantes)	Page 7	Médecin
	<b>Effet cumulatif des limitations considérables</b> (lisez la définition ci-dessous) dans au moins deux activités courantes de la vie quotidienne, incluant 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.

### Définitions

**Limitée 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 au maintien de la vie), l'une des situations suivantes s'applique :

- votre patient est incapable d'exécuter au moins une des activités courantes de la vie quotidienne (lisez ci-dessus);
- 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 (lisez ci-dessus), incluant la vision, est encore considérablement limitée.

## Partie B – (suite)

Sans objet



## Voir

Votre patient est **aveugle** si, même avec des lentilles correctrices et des médicaments, selon le cas :

- l'acuité visuelle de ses **deux** yeux avec des lentilles de réfraction appropriées 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

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**? ..... œil droit    œil gauche

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

**Remplissez toutes les sections à la page 9.**

Sans objet



## Parler

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** de 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;
- 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 :

- Des appareils pour parler incluent des prothèses trachéo-œsophagiennes, des amplificateurs de voix, etc.
- 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 considérable 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

Si *oui*, à quelle date 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

**Remplissez toutes les sections à la page 9.**

Sans objet



## Entendre

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** d'entendre de façon à comprendre une personne de sa connaissance, dans un endroit calme, même avec des appareils appropriés;
- 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 :

- Des appareils pour entendre incluent des appareils auditifs, des implants cochléaires, etc.
- 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 à la lecture labiale ou au langage gestuel pour comprendre une conversation parlée.
- 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. Conséquent, il prend un temps considérable 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

Si *oui*, à quelle date 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

**Remplissez toutes les sections à la page 9.**

## Partie B – (suite)

### Marcher

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** de marcher, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés;
- il prend **un temps excessif** pour marcher, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés.

#### Remarques :

- Des appareils pour marcher incluent des cannes, des ambulateurs, etc.
- 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 que quelques pas. Entre les épisodes, votre patient continue à éprouver les symptômes ci-dessus, mais à un degré moindre. Néanmoins, ces symptômes moins graves l'exposent à un risque significatif de blessures dues à la perte d'équilibre, de manque de coordination, ou à une chute, et font en sorte qu'il a besoin d'un temps excessif pour marcher, toujours ou presque toujours.

Votre patient est-il **limité de façon marquée** dans sa capacité de marcher, tel qu'il est décrit ci-dessus? . . . **oui**  **non**

Si *oui*, à quelle date 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

--	--	--	--

**Remplissez toutes les sections à la page 9.**

### Évacuation (fonctions intestinales ou vésicales)

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** de s'occuper lui-même de ses fonctions intestinales ou urinaires, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés;
- 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 :

- Des appareils pour l'évacuation incluent les cathéters, les accessoires pour stomie, etc.
- 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 d'incontinence urinaire, toujours ou presque toujours, et il consacre quotidiennement un temps considérable à gérer et entretenir ses serviettes pour incontinence.

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

Si *oui*, à quelle date 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

--	--	--	--

**Remplissez toutes les sections à la page 9.**

**Partie B – (suite)****Se nourrir**

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** de se nourrir, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés;
- 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.
- Des appareils pour se nourrir incluent des ustensiles modifiés, etc.
- 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.
- Votre patient prend quotidiennement un temps considérable 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

Si *oui*, à quelle date 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

--	--	--	--

**Remplissez toutes les sections à la page 9.**

**S'habiller**

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** de s'habiller, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés;
- 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.
- Des appareils pour s'habiller incluent des crochets à bouton spécialisés, des chausse-pieds à long manche, des barres d'appui, des poignées de sécurité, etc.
- Prendre un **temps excessif** pour s'habiller signifie prendre **considérablement** 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** (les exemples ne sont pas exhaustifs) :

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

Si *oui*, à quelle date 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

--	--	--	--

**Remplissez toutes les sections à la page 9.**



## Partie B – (suite)

Sans objet



### Fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante

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, selon le cas :

- il est **incapable** de les effectuer lui-même, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés (par exemple, les aides à la mémoire et les aides à l'adaptation);
- il prend un **temps excessif** pour les effectuer lui-même, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés. 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 sociales et les transactions simples et ordinaires);
- la mémoire (par exemple, la capacité de se souvenir d'instructions simples, de renseignements personnels, tels que ses nom et 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 les 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 utilisant des médicaments et en suivant une thérapie.
- Votre patient vit de façon autonome dans plusieurs domaines de sa vie. Toutefois, même en utilisant 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 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, âgé de quatre ans, ne peut pas jouer activement avec des enfants du même âge ni comprendre des instructions simples.

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

Si *oui*, à quelle date 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

**Remplissez toutes les sections à la page 9.**

**Partie B – (suite)**Sans objet **Soins thérapeutiques essentiels – pour les années 2000 et suivantes**

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 trois 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 prendre du temps en dehors de ses activités normales et journalières afin de la recevoir. Si votre patient reçoit 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 la thérapie est reçue), 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 hydrates de carbone 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 pourvoyeurs de 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 d'hydrate de carbone).

**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 répond aux conditions pour les **soins thérapeutiques essentiels**, telles qu'elles sont décrites ci-dessus? ..... oui  non

Si *oui*, à quelle date 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 les détails de la thérapie (par exemple, la dialyse ou, pour les personnes diabétiques, une pompe à insuline ou des injections multiples quotidiennes) : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Remplissez toutes les sections à la page 9.**

## Partie B – (suite)

Sans objet 

### Effet cumulatif des limitations considérables – pour les années 2005 et suivantes

Si votre patient est limité de façon marquée dans l'une des sections précédentes, il n'est pas nécessaire de remplir cette section.

Répondez aux questions de l'aide-mémoire suivant pour vous aider à déterminer si votre patient a droit au montant pour personnes handicapées sous cette section. Assurez-vous de répondre aux questions au bas de cette page.

1. Est-ce que votre patient a au moins une déficience physique ou mentale qui a duré ou peut-on 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** dans deux ou plus des activités courantes de la vie quotidienne, mais qui ne répond pas exactement aux critères pour la **limitation marquée** (lisez les définitions ci-dessous), et ce, même en utilisant des appareils et des médicaments appropriés et en suivant une thérapie? ..... oui  non
3. Est-ce que ces limitations considérables sont présentes ensemble, toujours ou presque toujours? ..... 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 (consultez les exemples 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.

#### Définitions

**Limitée 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 au maintien de la vie), 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 considérablement limitée.

#### Exemples d'effet cumulatif correspondants 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 doit prendre du temps pour récupérer. Il peut accomplir les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante, mais peut se concentrer sur n'importe quelle matière que durant une courte période seulement. 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 manger. Le temps supplémentaire qu'il prend pour accomplir ces activités, une fois prise 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 :

Attestez-vous que votre patient remplit les quatre conditions décrites dans l'aide-mémoire **ci-dessus**? .... oui  non

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

- |                                     |                                     |  |                                  |  |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> voir       | <input type="checkbox"/> parler     | <input type="checkbox"/> entendre  | <input type="checkbox"/> marcher | <input type="checkbox"/> évacuation<br>(fonctions<br>intestinales ou<br>vésicales) |
| <input type="checkbox"/> se nourrir | <input type="checkbox"/> s'habiller | <input type="checkbox"/> fonctions mentales<br>nécessaires aux activités de<br>la vie courante |                                  |  |

Si *oui*, à quelle date 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 sections à la page 9.

## Partie B – (suite : remplissez toutes les sections ci-dessous)

### Effets de la déficience

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

#### Remarques :

- Les activités courantes de la vie quotidienne sont 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 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.
- 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 indiquées 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 ci-dessous, joignez une feuille.

---



---



---



---



---



---



---



---

### Durée

La déficience sur la capacité 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 sur la capacité 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, 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

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

--	--	--	--	--

### Attestation

Cochez la case qui s'applique à vous :

Médecin

Optométriste

Audiologiste

Ergothérapeute

Physiothérapeute

Psychologue

Orthophoniste

En tant que **praticien qualifié**, j'atteste que, à ma connaissance, les renseignements fournis dans la partie B de ce formulaire sont exacts et complets.

Signez ici

Nom (en lettres moulées)

Date

Téléphone

Adresse

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