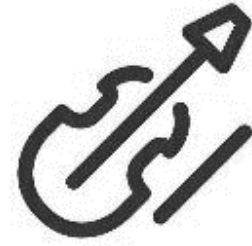




Crédit d'impôt pour personnes handicapées

À l'intention des
professionnels de la santé





RECONNAISSANCE DES TERRES

LAND ACKNOWLEDGEMENT

Aperçu

- Qu'est-ce que le CIPH?
- Comment remplir le formulaire
 - Méthode papier (formulaire T2201)
 - Utilisation de l'application numérique
- Période d'admissibilité
- Que faire si une demande est refusée?
- Foire aux questions



Qu'est-ce que le crédit d'impôt pour personnes handicapées?



- Le crédit d'impôt non remboursable aide les personnes handicapées à compenser les coûts liés à l'invalidité.
- Les membres de la famille qui subviennent aux besoins de base d'un autre membre peuvent demander le montant pour personnes handicapées dans leur déclaration de revenus.
- Cela ouvre la voie vers d'autres prestations d'invalidité.

Catégories de déficiences du CIPH

- Marcher
- Fonctions mentales
- S'habiller
- Se nourrir
- Évacuer (fonctions intestinales ou vésicales)
- Entendre
- Parler
- Voir
- Soins thérapeutiques essentiels
 - *Les effets de la déficience dans deux ou plusieurs de ces catégories (à l'exception des soins thérapeutiques essentiels au maintien de la vie) peuvent entraîner un effet « cumulatif » sur les limitations.

canada.ca/credit-impot-personnes-handicapees

Admissibilité au CIPH

Le droit au CIPH repose sur les **effets** de la déficience, et non sur le problème médical ou le diagnostic.



Élargissement des critères d'admissibilité

Les critères d'admissibilité pour les **fonctions intellectuelles** et les **soins thérapeutiques essentiels** ont été mis à jour pour 2021 et les années d'imposition à venir.

- Toute personne vivant avec le diabète de type 1, répond maintenant aux critères d'admissibilité au CIPH depuis 2021 et les années suivantes. (détails à fournir pour les années précédentes)
- Une liste élargie des fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante.
- Une diminution de la fréquence requise des soins thérapeutiques essentiels au maintien de la vie de trois fois par semaine à deux fois seulement, pour un total d'au moins 14 heures par semaine.
- La liste des activités qui peuvent être comptées dans le cadre de l'exigence de 14 heures a été élargie.

Termes du CIPH à connaître

Soins thérapeutiques essentiels au maintien de la vie

- Les traitements sont nécessaires et doivent être administrés moins deux fois par semaine pour appuyer une fonction vitale, pendant au moins 14 heures par semaine en moyenne.

Limitation marquée

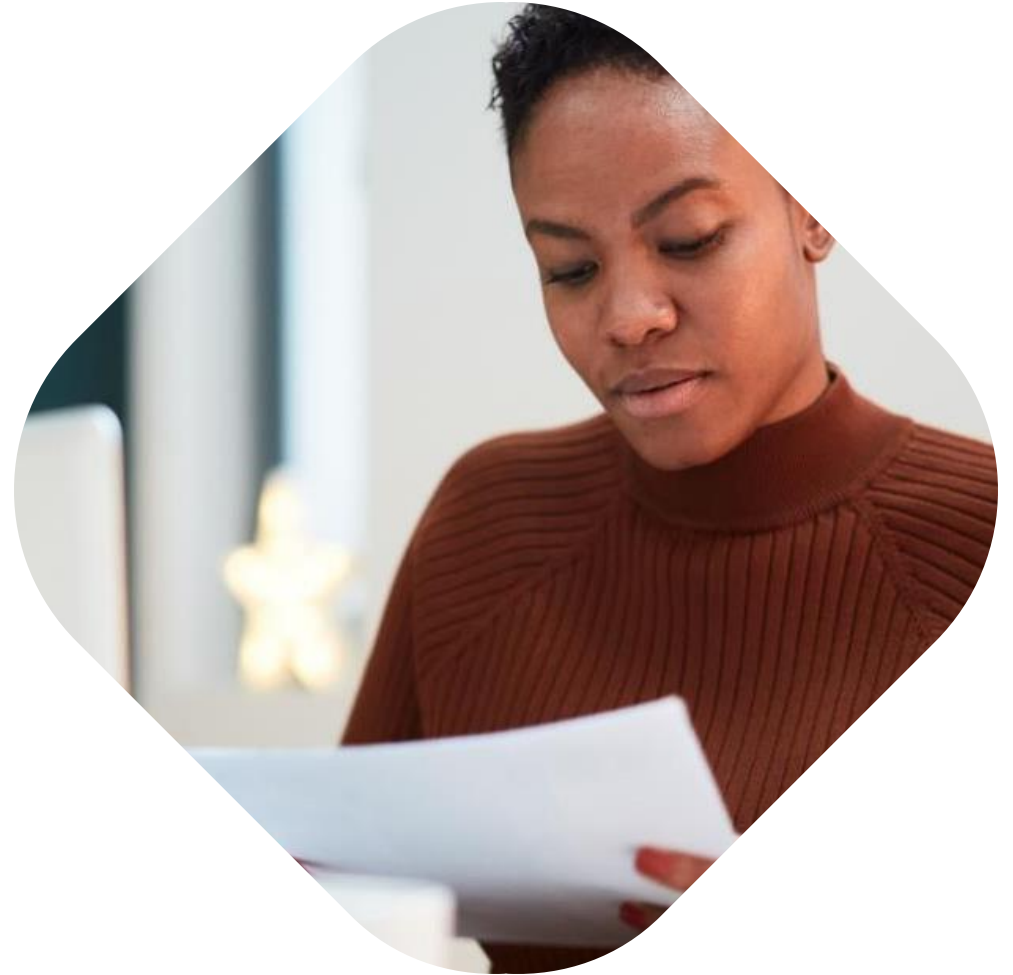
- Le résultat d'une déficience des fonctions physiques ou mentales qui est grave et prolongée.

Effet cumulatif des limitations considérables

- Des limitations dans deux catégories ou plus (à l'exception des soins thérapeutiques essentiels).

Demander un CIPH

- Il existe deux méthodes pour remplir le formulaire T2201 :
 1. Manuellement sur papier
 2. Utilisation de la nouvelle application numérique



Votre rôle en tant que professionnel de la santé



Comment remplir la partie B?

- Cette partie peut seulement être attestée par un professionnel de la santé désigné et réglementé.
- Utilisez votre jugement médical et vos connaissances lorsque vous fournissez des détails sur le handicap de votre patient.
- L'Agence utilisera ces renseignements pour déterminer l'admissibilité du patient.



Catégories de déficience et attestation par un professionnel de la santé

Professionnel de la santé	Peut attester
Médecin	Toutes les sections
Infirmier praticien	Toutes les sections
Optométriste	Vision
Audiologiste	Audition
Ergothérapeute	Marcher, se nourrir, s'habiller, et effet cumulatif des limitations pour ces activités
Physiothérapeute	Marcher
Psychologue	Fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante
Orthophoniste	Parler

Remplir le formulaire papier



Remplir la version papier du formulaire T2201

Étape 1 : Le patient ou son représentant légal remplit la **partie A**.



Étape 2 : Le professionnel de la santé remplit et atteste la **partie B**.



Étape 3 : Le patient, son représentant légal ou le professionnel de la santé envoie le formulaire à l'Agence

Partie B : Fournir des renseignements sur le traitement essentiel au maintien de la vie

- Traitement essentiel au maintien de la vie

Nom du patient : **Protégé B** une fois rempli

Initialisez votre désignation professionnelle si cette catégorie s'applique à votre patient :

Soins thérapeutiques essentiels

Médecin

Infirmier praticien

Soins thérapeutiques essentiels – pour le diabète de type 1 (2021 et années suivantes)

Les personnes atteintes de diabète de type 1 sont réputées satisfaire aux critères d'admissibilité des soins thérapeutiques essentiels pour 2021 et les années suivantes.

1) Indiquez quand votre patient a été diagnostiqué atteint du diabète de type 1 : Avant 2021 – continuez à la question 2

2021 et après – indiquez l'année et passez à la section « Attestation » : 2 0 2

Soins thérapeutiques essentiels – pour toutes les conditions et soins thérapeutiques

Les critères d'admissibilité pour les soins thérapeutiques essentiels sont les suivants :

- Le patient a besoin des soins thérapeutiques pour **maintenir une fonction vitale**.
- Le patient a besoin des soins thérapeutiques au moins **2 fois par semaine** (3 fois par semaine avant 2021).
- Le patient a besoin des soins thérapeutiques pendant une moyenne d'au moins **14 heures par semaine**, comprenant uniquement le temps que votre patient ou une autre personne doit consacrer aux soins thérapeutiques. Cela signifie que le temps qu'il consacre à des activités pour administrer les soins thérapeutiques l'oblige à prendre du temps sur ses activités quotidiennes normales. Le tableau suivant présente des exemples d'activités admissibles et non admissibles :

Activités admissibles qui comptent dans les 14 heures par semaine :

- Les activités directement liées à l'ajustement et à l'administration de la posologie d'un médicament ou à la détermination de la quantité d'un composé qui peut être consommé en toute sécurité
- Tenir à jour un registre lié aux soins thérapeutiques
- Gérer les restrictions ou les régimes alimentaires liés aux soins thérapeutiques exigeant la consommation quotidienne d'un aliment médical ou d'une préparation pour limiter l'apport d'un composé particulier ou exigeant une dose régulière de médicaments qui doit être ajustée quotidiennement
- Recevoir des soins thérapeutiques essentiels à la maison ou à un rendez-vous
- Configurer et entretenir l'équipement utilisé lors des soins thérapeutiques

Activités non admissibles qui ne comptent pas dans les 14 heures :

- Faire de l'exercice
- Gérer les restrictions ou les régimes alimentaires autres que dans les situations décrites dans les activités admissibles
- Les rendez-vous médicaux qui n'impliquent pas de recevoir des soins thérapeutiques ou de déterminer la dose quotidienne d'un médicament, d'un aliment médical ou d'une préparation
- Obtenir des médicaments
- La récupération après les soins thérapeutiques (sauf si médicalement nécessaire)
- Le temps qu'un appareil portable ou implanté prend à fournir les soins thérapeutiques
- Les déplacements pour recevoir des soins thérapeutiques

Partie B : Fournir des renseignements sur le traitement essentiel au maintien de la vie (suite)

2) Indiquez les conditions médicales de votre patient et les soins thérapeutiques essentiels qu'il reçoit :

Soins thérapeutiques essentiels : Multiples injections quotidiennes d'insuline Pompe à insuline Hémodialyse Dialyse péritonéale

Oxygénothérapie intermittente Oxygénothérapie 24h/24 Alimentation par sonde

Kinésithérapie thoracique Autre (précisez) _____

Conditions médicales : Diabète de type 1 Diabète de type 2 Néphropathie terminale Phénylcétonurie (PKU)

Fibrose kystique Autre (précisez) _____

3) Décrivez les activités admissibles auxquelles votre patient ou une autre personne consacre du temps pour administrer les soins thérapeutiques essentiels (consultez la liste de références ci-dessus) :

4) Votre patient reçoit-il ces soins thérapeutiques pour maintenir une fonction vitale? Oui Non

5) Indiquez le nombre minimal de fois où votre patient a besoin de recevoir les soins thérapeutiques essentiels par semaine : _____ fois par semaine

6) Indiquez le nombre moyen d'heures par semaine que votre patient ou une autre personne a besoin de consacrer aux activités pour administrer les soins thérapeutiques essentiels : _____ heures par semaine

7) Indiquez l'année où votre patient a commencé à avoir besoin de soins thérapeutiques essentiels comme mentionné dans vos réponses précédentes : _____ Année

8) La déficience de votre patient qui nécessite les soins thérapeutiques essentiels a-t-elle duré ou est-il raisonnable de s'attendre à ce qu'elle dure au moins 12 mois consécutifs? Oui Non

9) La déficience de votre patient qui nécessite les soins thérapeutiques essentiels s'est-elle améliorée ou s'attend-on à ce qu'elle s'améliore de telle sorte que votre patient n'aurait plus besoin de soins thérapeutiques essentiels?

Oui (indiquez l'année) _____ Année Non Incertain

Partie B : Attestation du formulaire papier

Attestation (obligatoire)

1) Pour quelle(s) année(s) la personne handicapée a-t-elle été votre patient? _____ à _____

2) Avez-vous des renseignements médicaux au dossier pour toute l'année ou les années Oui Non
que vous atteste dans ce formulaire?

Sélectionnez le type de professionnel de la santé qui s'applique à vous. Cochez une case seulement :

- | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Médecin | <input type="checkbox"/> Infirmier praticien | <input type="checkbox"/> Optométriste | <input type="checkbox"/> Ergothérapeute |
| <input type="checkbox"/> Audiologiste | <input type="checkbox"/> Physiothérapeute | <input type="checkbox"/> Psychologue | <input type="checkbox"/> Orthophoniste |

En tant que **professionnel de la santé**, j'atteste que ces renseignements sont, au meilleur de mes connaissances, exacts. Je comprends que l'ARC utilisera ces renseignements pour prendre une décision sur l'admissibilité de mon patient au CIPH.

Signature: _____
Faire une fausse déclaration constitue une infraction grave.

Nom (en lettres moulées) : _____

Numéro de permis médical
ou d'enregistrement
(facultatif) : _____

Numéro de téléphone : _____

Date : _____
Année Mois Jour

Adresse :

Utilisation de l'application numérique




Demande de CIPH – nouvelle demande numérique

Étape 1 : Le patient ou son représentant légal demande à son professionnel de la santé de remplir la partie B.



Étape 2 : Le professionnel de la santé imprime et atteste la partie B du formulaire T2201 et la remet au patient ou à son représentant légal.



Étape 3 : Le patient ou son représentant légal remplit la partie A et la soumet à l'Agence.

Comment remplir la partie B à l'aide de l'application numérique

Étape 1. Remplir la section des renseignements sur le professionnel de la santé.

Étape 2. Remplir la section des renseignements sur le patient.

Étape 3. Sélectionner et décrire les conditions ou les diagnostics.

Étape 4. Examiner et confirmer les renseignements.

Étape 5. Imprimer les pages.



Les renseignements entrés ne sont pas stockés après la fermeture de la fenêtre du navigateur ou lorsque vous commencez un nouveau formulaire.

Partie B : Fournir des renseignements sur le professionnel de la santé et le patient

Étape 1. Remplir la section des renseignements sur le professionnel de la santé.

Étape 2. Remplir la section des renseignements sur le patient.

Partie B : Remplir la demande

Étape 3

Catégories	Si les énoncés suivants s'appliquent à votre patient:
<input type="checkbox"/> Voir	Diminution de l'acuité visuelle ou du diamètre du champ de vision
<input type="checkbox"/> Parler	Difficulté à parler de façon à se faire comprendre par une personne de sa connaissance, dans un endroit calme
<input type="checkbox"/> Entendre	Difficulté à entendre de façon à comprendre une personne de sa connaissance, dans un endroit calme
<input checked="" type="checkbox"/> Marcher * Entrez l'année ou les limitations dans sa capacité de marcher ont débuté. <input type="text"/>	Difficulté à marcher
<input type="checkbox"/> Évacuer (fonctions intestinales ou vésicales)	Difficulté à s'occuper lui-même de ses fonctions intestinales ou vésicales
<input type="checkbox"/> Se nourrir	Difficulté de se nourrir ou préparer sa nourriture (n'inclut pas d'identifier, de chercher, d'acheter ou de se procurer de la nourriture)
<input type="checkbox"/> S'habiller	Difficulté à s'habiller lui-même (n'inclut pas d'identifier, de chercher, d'acheter ou de se procurer des vêtements)
<input type="checkbox"/> Fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante	Difficulté d'effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante considérées en tant que : <ul style="list-style-type: none">• Apprentissage fonctionnel à l'autonomie qui comprend les capacités liées à ce qui suit :<ul style="list-style-type: none">◦ les fonctions qui touchent les soins personnels comme s'occuper de l'hygiène personnelle◦ la santé et la sécurité◦ initier et répondre aux interactions sociale◦ effectuer des transactions simples et ordinaires tel les achats d'épicerie ou le paiement d'une facture• Mémoire qui comprend la capacité de se souvenir de ce qui suit :

Partie B : Remplir la demande (suite)

Limitations du patient dans sa capacité de marcher

Vous avez indiqué ce qui suit au sujet de la capacité de marcher de votre patient : [Modifier](#)

Le patient utilise : cane et walker.

Le patient habituellement besoin de l'aide d'une autre personne pour marcher.

Le patient a des difficultés severe back pain (always).

*** Sélectionnez l'option qui décrit la capacité du patient à marcher (par exemple, une courte distance de 100 mètres) même s'il prend des médicaments, s'il utilise des appareils et s'il bénéficie de traitements adaptés.**

Le patient est incapable de marcher ou prend un temps excessif pour le faire (il prend au moins trois fois plus longtemps qu'une personne qui a plus ou moins le même âge et qui n'a pas de déficience).

Le patient a de la difficulté à marcher, mais ne prend pas un temps excessif pour le faire.

*** Ces limitations sont toujours ou presque toujours présentes?**

Oui Non

*** A partir de quelle année.**

Partie B : Examiner et imprimer la demande numérique


Étape 4. Examiner la page :

- Une fois que les renseignements demandés sont fournis pour toutes les catégories, examinez la page pour vous assurer que vos détails sont exacts.

Étape 5. Imprimer le formulaire en format FDP :


- Imprimez la version PDF du formulaire T2201, attestez-la, puis remettez-la à votre patient afin qu'il la soumette à l'ARC.


Remplissez le formulaire - étape 5 de 5

 **Téléchargez le document en format PDF**
Cliquez sur l'icône pour télécharger le formulaire T2201 complété avec les renseignements que vous avez fournis.

[Téléchargez le document en format PDF](#)

Remarque : Si vous ne parvenez pas à télécharger le document en format PDF, vérifiez les paramètres de votre bloqueur de fenêtres publicitaires intempestives.

 **Imprimez et signez**
Attestez que les renseignements fournis dans ce formulaire sont exacts en signant à la fin au bas de la partie B.

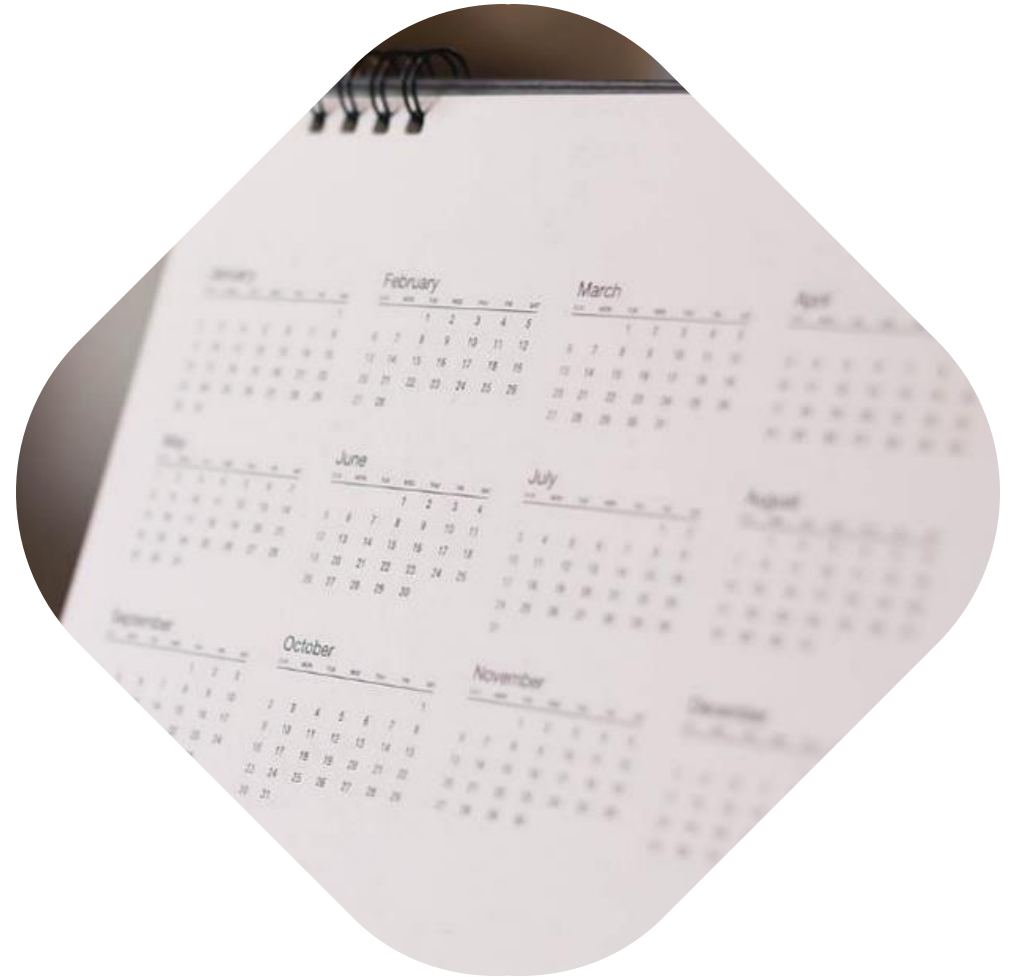
 **Donnez le formulaire au patient**
Le patient devra remplir la partie A et envoyer le formulaire T2201 dûment rempli à l'Agence du revenu du Canada.

Après la demande



Confirmation de l'admissibilité

- L'avis de détermination indiquera si votre patient est admissible ou non.
Si votre patient est admissible, l'avis indiquera la période d'approbation.
- Il n'est pas nécessaire d'envoyer un nouveau formulaire chaque année, sauf si on vous le demande.
- La date à laquelle l'admissibilité expirera sera indiquée sur son avis de cotisation.



Si une demande est refusée

Le patient doit :

- Recevoir un avis de détermination
- Fournir à l'Agence tout renseignement supplémentaire provenant de son médecin



Le patient peut déposer une opposition officielle pour interjeter appel de la décision rendue quant à sa demande.

Foire aux questions



Foire aux questions

1-800-280-2639

- Dois-je envoyer des renseignements supplémentaires avec le formulaire T2201?
- Dois-je remplir un formulaire T2201 si je ne connais pas très bien le patient?
- J'ai des questions au sujet de la façon de remplir le formulaire T2201. Y a-t-il un numéro précis où je pourrais joindre la personne-ressource?
- Quel type d'exemples recherchez-vous dans les diverses catégories de handicap?
- Que cherchez-vous lorsque vous demandez la date à laquelle les limitations ont commencé?
- Comment puis-je évaluer si mon patient prend un temps excessif?
- Quels diagnostics sont admissibles au titre des fonctions mentales?

Ressources pour les professionnels de la santé

La page <https://www.canada.ca/fr/agence-revenu/services/impot/particuliers/segments/deductions-credits-impot-personnes-handicapees/credit-impot-personnes-handicapees.html> fournit plus de renseignements sur le CIPH, y compris ce qui suit :

- **Outil d'auto-évaluation** – aide un particulier à déterminer s'il peut être admissible
- **Formulaire T2201**, Certificat pour le crédit d'impôt pour personnes handicapées
- **Guide RC4064**, Renseignements relatifs aux personnes handicapées

Ligne téléphonique réservée aux professionnels de la santé : 1-800-280-2639

Les patients qui ont des questions peuvent composer le 1-800-959-7383 ou utiliser le service de téléimprimeur : 1-800-665-0354.

Merci!

