

# Exemple de demande du CIPH pour les années 2023 et suivantes pour une personne vivant avec le DT1 depuis avant 2021

Effacer les données

Nom du patient : Aaaaaaa Aaaaaaa

Protégé B une fois rempli

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

## Soins thérapeutiques essentiels

x

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

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

Soins thérapeutiques essentiels :  Multiples injections quotidiennes d'insuline  ou  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) :

**Le patient ou la patiente a déjà été reconnu comme admissible au CIPH pour les années avant 2021. Par sa condition médicale, le diabète de type 1, il ou elle répond aux critères d'admissibilité. Il s'agit d'une demande de renouvellement pour l'année 202X et les suivantes.**

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 : 

x	x	x	x
---	---	---	---

 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) 

--	--	--	--

 Non  Incertain

# Exemple de demande du CIPH pour les années 2023 et suivantes pour une personne vivant avec le DT1 depuis avant 2021

Effacer les données

Protégé B une fois rempli

Nom du patient : \_\_\_\_\_

## 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 :

- Médecin       Infirmier praticien       Optométriste       Ergothérapeute  
 Audiologiste       Physiothérapeute       Psychologue       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 :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Renseignements généraux

### Crédit d'impôt pour personnes handicapées

Le crédit d'impôt pour personnes handicapées (CIPH) est un crédit d'impôt non remboursable qui aide les personnes handicapées et leurs aidants à réduire l'impôt sur le revenu qu'ils pourraient avoir à payer.

Pour en savoir plus, allez à [canada.ca/credit-impot-personnes-handicapees](https://canada.ca/credit-impot-personnes-handicapees) ou consultez le [guide RC4064, Renseignements relatifs aux personnes handicapées](#).

### Admissibilité

Une personne ayant une déficience grave et prolongée des fonctions physiques ou mentales pourrait être admissible au CIPH. Pour savoir si vous pourriez être admissible au CIPH, remplissez le questionnaire d'auto-évaluation dans le guide RC4064, Renseignements relatifs aux personnes handicapées.

### Une fois le formulaire envoyé

Conservez une copie de votre demande dans vos dossiers. Une fois que nous aurons reçu votre demande, nous l'évaluerons et nous prendrons une décision en fonction des renseignements fournis par votre professionnel de la santé. Nous vous enverrons un avis de détermination pour vous informer de notre décision.

Vous êtes responsable de tous les frais exigés par le professionnel de la santé pour remplir ce formulaire ou pour nous fournir plus de renseignements. Vous pourriez les demander comme frais médicaux à la ligne 33099 ou 33199 de votre déclaration de revenus et de prestations.

### Si vous avez des questions ou besoin d'aide

Pour en savoir plus après avoir lu ce formulaire, allez à [canada.ca/credit-impot-personnes-handicapees](https://canada.ca/credit-impot-personnes-handicapees) ou composez le 1-800-959-7383.

Pour usage interne : \_\_\_\_\_

### Formulaires et publications

Pour obtenir nos formulaires et publications, allez à [canada.ca/arc-formulaires-publications](https://canada.ca/arc-formulaires-publications) ou composez le 1-800-959-7383.

### Comment envoyer votre formulaire

Vous pouvez envoyer votre formulaire à n'importe quel moment dans l'année, en ligne ou par la poste. Envoyer votre formulaire avant de remplir votre déclaration d'impôt et de prestations annuelle nous permettra d'établir votre cotisation plus rapidement.

### En ligne

Soumettre votre formulaire en ligne est sécuritaire et efficace. Vous obtiendrez une confirmation immédiate qu'il a été reçu par l'ARC. Pour soumettre votre formulaire en ligne, numérisez votre formulaire et envoyez-le à l'aide de l'outil « Soumettre des documents » dans Mon dossier à [canada.ca/mon-dossier-arc](https://canada.ca/mon-dossier-arc). Si vous êtes un représentant, vous pouvez accéder à ce service dans Représenter un client à [canada.ca/impots-representants](https://canada.ca/impots-representants).

### Par la poste

Vous pouvez envoyer votre demande au centre fiscal le plus près de chez vous :

Centre fiscal de Winnipeg  
Case postale 14000, succursale Main  
Winnipeg MB R3C 3M2

Centre fiscal de Sudbury  
Case postale 20000, succursale A  
Sudbury ON P3A 5C1

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