

# Crédit d'impôt pour soignant primaire

**Demande présentée en vertu de l'article 5.11 de la Loi de l'impôt sur le revenu du Manitoba**



## **PARTIE A : Déclaration du client admissible** (voir aussi la déclaration du mandataire au verso)

Nom du client (en lettres moulées) :

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Second prénom \_\_\_\_\_

Adresse du client : (résidence habituelle – ne pas indiquer l'adresse d'un hôpital, d'un foyer de soins personnels, d'un foyer de groupe ou d'un autre établissement)

Rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

\*Office régional de la santé (ORS) de la zone où vit le client : \_\_\_\_\_ No d'assurance sociale du client : \_\_\_\_\_

No de téléphone du client : \_\_\_\_\_ Adresse courriel du client (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

Autres coordonnées du client : \_\_\_\_\_

## **Désignation du soignant primaire** : Par les présentes, le client désigne (nom du soignant primaire)

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

à titre de soignant primaire exclusif aux fins du crédit d'impôt pour soignant primaire du Manitoba.

- Veillez cocher s'il s'agit d'une désignation de remplacement.** Remarque : Le client ou son mandataire est responsable d'aviser le soignant primaire précédent s'il y a un changement de soignant primaire désigné aux fins du crédit d'impôt. En pareil cas, il faut toujours remplir une nouvelle demande.

**Déclaration** : Je déclare par les présentes que tous les renseignements qui précèdent sont, à ma connaissance, véridiques. Je comprends que faire sciemment de fausses déclarations constitue une infraction à la *Loi de l'impôt sur le revenu* du Manitoba. J'ai lu et accepté les conditions de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée ci-dessous.

Signature du client (ou du mandataire – voir partie D) \_\_\_\_\_ Date (jj/mm/aa) \_\_\_\_\_

## **PARTIE B : Déclaration du soignant primaire**

Nom du soignant primaire (en lettres moulées) :

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Second prénom \_\_\_\_\_

No d'assurance sociale du soignant primaire : \_\_\_\_\_ Lien avec le client : \_\_\_\_\_

Adresse domiciliaire du soignant :

Rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

No de téléphone : Au domicile \_\_\_\_\_ Au travail \_\_\_\_\_ Cellulaire \_\_\_\_\_

Adresse courriel du soignant (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

**Déclaration** : Je suis le soignant primaire désigné ci-dessus aux fins du crédit d'impôt pour soignant primaire. J'assume ou je suis sur le point d'assumer les tâches de soignant primaire pour le client susmentionné. Le client vit à la maison. Je n'ai reçu aucune rémunération, ni maintenant, ni dans le passé, de la part de quiconque pour l'aide fournie au client. (Remarque : Le crédit d'impôt n'est pas considéré comme une rémunération.) J'ai reçu, lu et compris l'information sur le programme, y compris la partie concernant l'obligation pour le soignant primaire de tenir un registre à jour sur le formulaire prescrit. Je déclare par les présentes que tous les renseignements qui précèdent sont, à ma connaissance, véridiques. Je comprends que faire sciemment de fausses déclarations constitue une infraction à la *Loi de l'impôt sur le revenu* du Manitoba. J'ai lu et accepté les conditions de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée ci-dessous.

Signature du soignant primaire : \_\_\_\_\_ Date (jj/mm/aa) \_\_\_\_\_

**\*Une fois remplie par le client (ou son mandataire) et le soignant primaire, cette formule doit être déposée à l'ORS qui sert le client. Si vous ne savez pas comment joindre cet ORS, téléphonez au Service de renseignements au public, au 1 866 626-4862.**

**Autorisation en vertu de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée** : Conformément à la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*, je comprends que les renseignements de ce formulaire sont recueillis en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu* et qu'ils peuvent être utilisés et divulgués selon les besoins aux fins de l'administration du crédit d'impôt pour soignant primaire. J'autorise par les présentes l'ORS à divulguer les renseignements personnels qui me concernent contenus dans ce formulaire, ainsi que toute modification subséquente de ces renseignements, à Finances Manitoba ou à Santé et Vie saine Manitoba aux fins de l'administration du crédit d'impôt. Je comprends que je peux communiquer avec le Bureau d'aide fiscale du Manitoba au 204 948-2115 si j'ai des questions au sujet des incidences de cette autorisation sur la protection de la vie privée.

### PARTIE C : Vérification relative aux soins à domicile

Cette partie doit être remplie par un employé autorisé de l'ORS qui sert le client nommé à la partie A.

**Déclaration de l'admissibilité du client :** (veuillez inscrire vos initiales dans les cases qui se rapportent à la situation du client)

**Remarque :** Pour que le client soit admissible, sa situation doit correspondre à celles des cases A et B1 OU B2. La case C est optionnelle.

- A: Le client nommé à la partie A, aux fins du crédit d'impôt, demeure dans la zone que nous desservons et ne vit pas normalement dans un foyer de groupe ou un établissement de soins comme un foyer de soins personnels.
- B1 L'ORS a tout récemment évalué le client comme ayant besoin de soins à domicile de niveau 2 ou plus, OU
- B2: le client n'a pas été officiellement évalué mais a besoin de soins allant du niveau 2 au niveau 4 :
- tel que cela a été déterminé en se fondant sur les plus récentes lignes directrices relatives aux équivalences de niveaux de soins aux fins du crédit d'impôt pour soignant primaire publiées par Santé et Vie saine Manitoba
  - tel que cela a été déterminé en se fondant sur d'autres critères établis officiellement par l'ORS
- C: Le soignant primaire nommé à la partie B a été ou sera désigné comme soignant primaire dans le plan de soins du client, aux fins du crédit d'impôt pour soignant primaire.

**L'admissibilité du client n'est pas vérifiable :** L'ORS n'est pas en mesure de vérifier l'admissibilité du client en ce moment.

Raison : \_\_\_\_\_

Commentaires \_\_\_\_\_

N° de cas ou de plan de soins \_\_\_\_\_ Date d'entrée en vigueur du plan de soins \_\_\_\_\_  
(s'il y a lieu) (s'il y a lieu) jj/mm/aa

Date de réévaluation (si connue) \_\_\_\_\_ Date de cessation du plan de soins \_\_\_\_\_  
jj/mm/aa (s'il y a lieu) jj/mm/aa

Signature de l'employé autorisé \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
(jj/mm/aa)

Identification de l'employé : Nom \_\_\_\_\_ Poste \_\_\_\_\_

Adresse courriel \_\_\_\_\_ ORS et bureau \_\_\_\_\_

### Partie D : Identité du mandataire et déclaration au nom du client

À remplir **en plus de la partie A** lorsque le client est incapable de remplir lui-même le présent formulaire et qu'un mandataire doit le faire à sa place. (**Cette partie ne doit pas être remplie par le soignant primaire.**)

Nom : Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Second prénom \_\_\_\_\_

Adresse : Rue \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

No de téléphone : Au domicile \_\_\_\_\_ Au travail \_\_\_\_\_ Cellulaire \_\_\_\_\_

Adresse courriel (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

Lien avec le client nommé à la partie A : \_\_\_\_\_

**Autorisation :** Je suis autorisé(e) à agir au nom du client admissible aux soins à domicile nommé à la partie A en vertu de :

**Déclaration :** Je déclare par les présentes que tous les renseignements fournis à la Partie A de ce formulaire, y compris la déclaration et l'autorisation en application de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*, sont, à ma connaissance, véridiques et exacts. Je comprends que faire sciemment de fausses déclarations constitue une infraction à la *Loi de l'impôt sur le revenu* du Manitoba. J'ai lu et accepté les conditions de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* figurant sur la première page du présent formulaire.

Signature \_\_\_\_\_ Date (jj/mm/aa) \_\_\_\_\_

À usage interne seulement (ORS)

À usage interne seulement (Santé et Vie saine Manitoba)