

# Crédit d'impôt pour soignant primaire - Demande



En vertu de l'article 5.11 de la *Loi de l'impôt sur le revenu (Manitoba)*

**Autorisation dans le cadre de la LAIPVP :** Conformément à la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*, je comprends que les renseignements figurant dans 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'office régional de la santé (ORS) ou Services à la famille (SF) à communiquer les renseignements personnels me concernant qui figurent dans ce formulaire (et, au besoin, dans le formulaire Principe d'équivalence des niveaux de soins) ainsi que toute modification subséquente de ces renseignements à Finances Manitoba ou Santé 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 (sans frais au 1-800-782-077) si j'ai des questions au sujet des incidences de cette autorisation sur la protection de la vie privée.

## PARTIE A : Déclaration de la personne qui reçoit les soins

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| Nom de famille :   | Prénom :  | Second prénom : |
| Numéro d'assurance sociale :   | No de téléphone :                                   |                 |
| Adresse du domicile – Numéro de maison et nom de rue :   | Ville, municipalité et province :                   | Code postal :   |
| Nom de l'Office régional de la santé où habite la personne qui reçoit les soins :  |   |                 |
| La personne qui reçoit les soins réside-t-elle dans un foyer de groupe, un foyer d'accueil, un hôpital, un foyer de soins personnels, un logement avec services de soutien ou une réserve? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez expliquer: _____ |   |                 |
| Adresse postale (si elle diffère de l'adresse du domicile) – N° de maison et nom de rue :  | Ville, municipalité et province:                    | Code postal :   |
| <b>La personne qui reçoit les soins désigne par les présentes la personne suivante à titre de soignant primaire aux fins du crédit d'impôt pour soignant primaire du Manitoba :</b>  |   |                 |
| Nom de famille :   | Prénom :  |                 |
| <input type="checkbox"/> Veuillez cocher cette case s'il s'agit d'une demande de remplacement de soignant primaire désigné. Nota : La personne qui reçoit les soins ou son mandataire est chargée d'aviser le soignant précédent du changement de soignant primaire désigné.           | Date d'entrée en vigueur :<br>_____<br>(aaaa/mm/jj) |                 |

**Déclaration de la personne qui reçoit les soins :** 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 (Manitoba)*. J'ai lu et j'accepte l'autorisation ci-dessus dans le cadre de la LAIPVP.

Signature de la personne qui reçoit les soins : \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Nota : Si la personne qui reçoit les soins est incapable de signer, veuillez remplir la Partie B.

(aaaa/mm/jj)

## PARTIE B : Identification et déclaration du mandataire (le cas échéant)

|   |               |                   |
|---|---------------|-------------------|
| À remplir par le mandataire uniquement si la personne qui reçoit les soins, et qui est nommée à la Partie A, est incapable de remplir et de signer le formulaire de demande. (Cette partie ne doit pas être remplie ni par le soignant primaire ni par la personne qui reçoit les soins.) |               |                   |
| Nom de famille (du mandataire) :  | Prénom :      | Second prénom :   |
| Adresse du domicile – Numéro de maison et nom de rue :  |               |                   |
| Ville, municipalité et province :   | Code postal : | N° de téléphone : |
| Lien entre le mandataire et la personne recevant les soins qui est nommée à la Partie A :   |               |                   |

**Déclaration du mandataire :** Je déclare par les présentes que tous les renseignements figurant dans les Parties A et B de ce formulaire, y compris la déclaration et l'autorisation dans le cadre de la LAIPVP, 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 (Manitoba)*. J'ai lu et j'accepte l'autorisation ci-dessus dans le cadre de la LAIPVP.

Signature du mandataire : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

(aaaa/mm/jj)

**PARTIE C : Déclaration du soignant primaire**

|  |                                   |                 |
|--|-----------------------------------|-----------------|
| Nom de famille (du soignant primaire) :  | Prénom :                          | Second prénom : |
| Numéro d'assurance sociale (du soignant primaire) :  | N° de téléphone :                 |                 |
| <b>Adresse du domicile</b> : Numéro de maison et nom de rue :  | Ville, municipalité et province : | Code postal :   |
| <b>Adresse postale</b> (si elle diffère de l'adresse du domicile) – Numéro de maison et nom de rue : | Ville, municipalité et province : | Code postal :   |
| Lien entre le soignant primaire et la personne recevant les soins qui est nommée à la Partie A :     |                                   |                 |

**Déclaration du soignant primaire** : Aux fins du crédit d'impôt pour soignant primaire, j'assume ou suis sur le point d'assumer les tâches de soignant primaire pour la personne recevant les soins qui est mentionnée dans la Partie A et je confirme que cette personne habite dans un domicile privé. Je n'ai reçu aucune rémunération, ni maintenant ni dans le passé, de la part de quiconque pour les soins que je fournis à cette personne. (Nota : le crédit d'impôt n'est pas considéré comme une rémunération). J'ai reçu, lu et compris l'information sur le programme, y compris 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 susmentionnés 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* (Manitoba). J'ai lu et j'accepte l'autorisation dans le cadre de la LAIPVP qui figure en haut de la première page de ce formulaire.

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

Veillez faire parvenir la demande remplie au bureau de l'Office régional de la santé où habite la personne qui reçoit les soins (et qui est nommée à la Partie A). Si vous ne savez pas où se trouve ce bureau, veuillez téléphoner au Service de renseignements au public du gouvernement du Manitoba, au 1-866-626-4862. Pour les clients des Services à la famille, veuillez consulter les directives fournies à ce sujet.

**PARTIE D : Déclaration d'admissibilité – RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION**

À remplir par un employé autorisé de l'Office régional de la santé ou de Services à la famille.

Nota : Pour que la personne soit admissible, il faut répondre « Oui » à la case A et à la case B1 ou B2.

Oui Non

- A : La personne qui reçoit les soins et qui est nommée à la Partie A habite dans la zone que nous servons
- B1 : La personne qui reçoit les soins a été évaluée par l'Office régional de la santé et a besoin de soins à domicile de niveau 2, au minimum;
- B2 : La personne qui reçoit les soins n'a pas été évaluée officiellement par l'Office régional de la santé mais a besoin de soins équivalents aux niveaux 2-4, selon les renseignements fournis dans le formulaire Crédit d'impôt pour soignant primaire - Principes d'équivalence des niveaux de soins, qui accompagne la présente demande.

Commentaire :

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <b>Si la personne qui reçoit les soins est cliente du Programme de soins à domicile :</b> | Date d'entrée en vigueur du plan de soins (aaaa/mm/jj) : | Date de réévaluation (le cas échéant) : | Date de fin du plan de soins (le cas échéant) : |
|---|--|---|---|

|   |                                    |                |                         |                     |
|---|------------------------------------|----------------|-------------------------|---------------------|
| <b>Identification de l'employé de l'ORS :</b> | Nom (en caractères d'imprimerie) : | Poste occupé : | ORS et lieu du bureau : | Téléphone :         |
| Signature de l'employé autorisé :             |                                    |                |                         | Date (aaaa/mm/jj) : |

Réservé à l'administration :

V16\_2017-01-10