

À compter de l'année d'imposition 2018, un crédit d'impôt remboursable de 1 400 \$ peut être réclamé chaque année par les personnes qui agissent à titre de soignant primaire.

INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LA FORMULE D'INSCRIPTION

Remplissez la présente formule et conservez l'original. Remplissez la « Partie B : Équivalence des niveaux de soins » seulement si cela est nécessaire.

1. Présentez une copie de la formule d'inscription au Bureau d'aide fiscale du Manitoba.

Adresse postale :	Bureau d'aide fiscale du Manitoba	Téléphone :	204 948-2115
	386, Broadway, bureau 809	Sans frais :	1 800 782-0771
	Winnipeg (Manitoba) R3C 3R6	Courriel :	TAO@gov.mb.ca

2. Vous pouvez réclamer le crédit d'impôt pour soignant primaire dans votre déclaration de revenus du particulier dès l'année d'inscription.

Conservez tous les documents originaux pertinents au cas où le ministère des Finances du Manitoba ou l'Agence du revenu du Canada en aient besoin pour prouver le bien-fondé de votre demande de crédit d'impôt.

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ À CE CRÉDIT D'IMPÔT :

Le bénéficiaire de soins doit :

- résider au Manitoba;
- résider dans une région sous la compétence d'un office régional de la santé;
- résider dans un domicile privé (c'est-à-dire pas un foyer de groupe, un foyer d'accueil, un hôpital, un foyer de soins personnels, un logement avec services de soutien ou dans une réserve);
- être évalué comme ayant des exigences en matière de soins équivalentes à un niveau 2 ou plus (voir ci-dessous);
- désigner un seul soignant primaire pour demander ce crédit.

Le soignant primaire doit :

- résider au Manitoba;
- fournir des soins pendant plus de 90 jours;
- fournir personnellement au bénéficiaire de soins les soins ou la surveillance sans récompense ou rémunération d'aucune sorte;
- ne pas être le conjoint ou le conjoint de fait d'une personne qui reçoit une rémunération ou une récompense pour fournir des soins à un bénéficiaire de soins admissible.

NIVEAU DE SOINS OU ÉQUIVALENT :

Pour être admissible, le bénéficiaire de soins doit avoir été évalué comme ayant des exigences en matière de niveau de soins équivalentes à un niveau deux ou plus.

Si une personne est évaluée comme ayant besoin de soins de niveau 2 ou plus par les services de soins à domicile au Manitoba administré par un office régional de la santé ou le ministère des Familles (Services aux enfants handicapés ou Services d'intégration communautaire des personnes handicapées), ce bénéficiaire de soins a déjà été déterminé comme ayant des besoins équivalents à des soins de niveau 2 et, par conséquent, il n'est pas nécessaire de remplir la partie B de la présente formule.

Si une personne n'a pas été évaluée comme ayant besoin de soins de niveau 2 ou plus par les services de soins à domicile au Manitoba ou le ministère des Familles, un médecin ou une infirmière praticienne peut déterminer cette équivalence en remplissant la partie B de la formule d'inscription.

Veillez adresser toute question relative à ce crédit d'impôt au Bureau d'aide fiscale du Manitoba aux coordonnées ci-dessus.

PARTIE A : DÉCLARATION DU BÉNÉFICIAIRE DE SOINS

Cette partie doit être remplie par la personne recevant les soins ou en son nom si cette personne est une personne à charge mineure ou n'est pas capable de la remplir et de la signer.

Nom de famille :	Prénom :	Deuxième prénom :
Numéro d'assurance sociale :	Téléphone :	
Adresse du domicile (numéro de la maison et nom de la rue) :	Ville ou municipalité et province :	Code postal :
Adresse postale : (si elle diffère de l'adresse du domicile) :	Ville ou municipalité et province :	Code postal :
Le bénéficiaire de soins désigne par la présente la personne suivante comme son soignant primaire aux fins du crédit d'impôt du Manitoba pour soignant primaire :		
Nom de famille :	Prénom :	
Date de début des soins (aaaa-mm-jj) : _____ (Utilisez la date d'admissibilité pour les bénéficiaires déterminés comme étant admissibles par les Services aux enfants handicapés ou les Services d'intégration communautaire des personnes handicapées du ministère des Familles.)		
Le bénéficiaire de soins est déterminé comme ayant des exigences en matière de soins de niveau 2 ou plus par :		
<input type="checkbox"/> les services de soins à domicile au Manitoba administré par un office régional de la santé;		
<input type="checkbox"/> les Services aux enfants handicapés ou les Services d'intégration communautaire des personnes handicapées du ministère des Familles du Manitoba;		
<input type="checkbox"/> un médecin ou une infirmière praticienne ayant fait une évaluation et rempli la partie B de la présente formule.		

Déclaration du bénéficiaire de 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 du Manitoba. J'ai lu l'autorisation en vertu de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée et j'accepte de m'y conformer.

Signature du bénéficiaire de soins : _____ Date (aaaa-mm-jj) : _____

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 sur le présent formulaire sont recueillis en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu et qu'ils peuvent être utilisés et communiqués selon les besoins aux fins de l'administration du crédit d'impôt pour soignant primaire. J'autorise par les présentes le Programme des services à domicile du Manitoba administré par un office régional de la santé, Familles Manitoba ou Finances Manitoba à communiquer les renseignements personnels contenus dans la présente formule 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 (ou sans frais au 1 800 782-0771) si j'ai des questions au sujet des incidences de cette autorisation sur la protection de la vie privée.

PARTIE B : ÉQUIVALENCE DES NIVEAUX DE SOINS

Cette partie doit être remplie par un médecin ou une infirmière praticienne.

Si le bénéficiaire des soins ne reçoit pas de services de soins à domicile au Manitoba administré par un office régional de la santé, des Services aux enfants handicapés ou des Services d'intégration communautaire des personnes handicapées, ses besoins de soins doivent être évalués par un médecin ou une infirmière praticienne. Remplissez la partie Adulte ou Enfant ci-dessous, selon le cas.

ADULTE : Pour être admissible, le bénéficiaire de soins a besoin de soins ou d'aide quotidiennement dans la catégorie 1 et dans au moins deux des trois autres catégories, comme indiqué ci-dessous. Cochez « oui » ou « non » pour chaque point :

OUI	NON	Catégorie de soins
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. (Requis) Aide ou encadrement durant les soins personnels comme la prise de bains, l'alimentation, l'habillage, la toilette/l'hygiène, la mobilité, les déplacements, la propreté/l'élimination et la prise de médicaments.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Aide ou encadrement lors d'activités quotidiennes comme le magasinage, l'utilisation de moyens de transport, la préparation des repas, la lessive, l'entretien ménager.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Aide pour obtenir du soutien, s'orienter dans le système et accéder à la communauté, comme des activités récréatives, des groupes de soutien, des suivis médicaux et des séances de counseling.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Offre régulière et soutenue de conseils, aide à la prise de décisions et soutien affectif.

Médecin ou infirmière praticienne :

Nom (en lettres moulées) : _____ Profession/Poste : _____

Signature : _____ Date (aaaa/mm/jj) : _____

ENFANT (moins de 18 ans) : Pour être admissible, l'enfant a besoin de soins ou d'aide quotidiennement dans la catégorie 1 et dans au moins deux des trois autres catégories ci-dessous en raison d'un trouble médical qui altère la qualité de vie ou qui met la vie en danger et qui crée des obstacles physiques, cognitifs ou comportementaux l'empêchant d'effectuer les activités du quotidien de façon indépendante ou non.

OUI	NON	Catégorie de soins
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. (Requis) Aide ou encadrement durant les soins personnels comme la prise de bains, l'alimentation, l'habillage, la toilette/l'hygiène, la mobilité, les déplacements, la propreté/l'élimination et la prise de médicaments. L'enfant a besoin de soins personnels supplémentaires dépassant ce qui est requis à son âge (p. ex. un enfant de trois ans ou plus qui ne peut se nourrir, se déplacer ou aller à la toilette de lui-même). De plus, les interventions médicales dépassent ce qui est habituellement attendu de ce groupe d'âge (p. ex. alimentation par sonde,
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Aide ou encadrement lors d'activités quotidiennes comme le magasinage, l'utilisation de moyens de transport, la préparation des repas, la lessive et l'entretien ménager. Ces tâches sont normalement effectuées par des enfants plus jeunes, mais peuvent être prises en considération si de l'équipement de levage ou de déplacement est nécessaire. Chez les préadolescents et les adolescents, un trouble grave qui affecte les choix pouvant améliorer la vie et l'indépendance qui sont considérés comme faisant partie du développement normal, comme conduire, faire des courses, cuisiner, peut être pris en
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Aide pour obtenir du soutien, s'orienter dans le système et accéder à la communauté ainsi qu'à des activités récréatives, des groupes de soutien, des suivis médicaux et des séances de counseling. Des troubles médicaux affectent la capacité de l'enfant de faire des activités récréatives, sportives et autres qui sont normalement attendues à leur âge de développement. L'enfant a besoin de plus de temps de la part du parent, du soignant ou d'un substitut.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Offre régulière et soutenue de conseils, aide à la prise de décisions et soutien affectif. Ces fonctions sont normalement effectuées pour des enfants plus jeunes, ou conjointement avec eux, cependant il y a des situations où un encadrement additionnel est nécessaire pour la santé et la sécurité de certains enfants. Un accroissement des responsabilités est attendu pendant l'adolescence et peut être affecté de façon significative par un trouble médical (p. ex. lorsque des choix de vie comme la conduite et le travail sont affectés par la maladie, ce qui entraîne une dépendance continue envers le parent/soignant ou des adaptations continues

Médecin ou infirmière praticienne :

Nom (en lettres moulées) : _____ Profession/Poste : _____

Signature : _____ Date (aaaa/mm/jj) : _____

PARTIE C : DÉCLARATION DU SOIGNANT PRIMAIRE

Nom de famille (Soignant primaire) :	Prénom :	Deuxième prénom :
Numéro d'assurance sociale (Soignant primaire) :	Téléphone :	
Adresse du domicile (numéro de la maison et nom de la rue) :	Ville ou municipalité et province :	Code postal :
Adresse postale (si elle diffère de l'adresse du domicile) :	Ville ou municipalité et province :	Code postal :

Déclaration du soignant primaire : Aux fins du crédit d'impôt pour soignant primaire, je suis actuellement ou sur le point de devenir le soignant primaire du bénéficiaire de soins indiqué à la Partie A et je confirme que cette personne réside dans un domicile privé. Je n'ai reçu aucune rémunération, ni maintenant, ni dans le passé, de la part de quiconque pour les soins fournis à cette personne. J'ai reçu, lu et compris les renseignements sur le programme. 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 l'autorisation en vertu de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée figurant à la page 2 de la présente formule.

Signature du soignant primaire : _____ Date (aaaa-mm-jj) : _____

Réservé à l'administration :

V26_2018-03-22