

Crédit d'impôt pour soignant primaire – Formule d'inscription **Manitoba**

Les personnes qui agissent à titre de soignants primaires peuvent demander un crédit remboursable de 1 400 \$ par année. L'inscription est valide pour une période maximale de trois ans lorsque des soins sont prodigués au bénéficiaire admissible.

Message important : la date d'échéance pour le dépôt de la formule d'inscription est la même que celle pour votre déclaration d'impôt sur le revenu. Les demandes rétroactives pour des années antérieures à l'inscription ne sont pas permises.

RENSEIGNEMENTS SUR LE SOIGNANT PRIMAIRE

Prénom :	
Deuxième prénom :	
Nom de famille :	
Numéro d'assurance sociale :	
Adresse municipale ou description légale :	
Ville ou village :	Province : Manitoba
Code postal :	Pays : Canada
Adresse de courriel :	
N° de téléphone :	Poste :

L'adresse postale est-elle identique à l'adresse municipale? Oui _____ Non _____ (Si l'adresse postale diffère, veuillez l'inscrire ci-dessous.)

Adresse ou case postale :	
Ville ou village :	Province :
Code postal :	Pays : Canada

RENSEIGNEMENTS SUR LE BÉNÉFICIAIRE DE SOINS

Prénom :
Deuxième prénom :
Nom de famille :
Date de naissance : AAAA/MM/JJ

ADRESSE DOMICILIAIRE DU BÉNÉFICIAIRE DE SOINS

L'adresse domiciliaire du bénéficiaire de soins est-elle identique à celle du soignant?

Oui _____ Non _____ (Si l'adresse du bénéficiaire diffère, veuillez l'inscrire ci-dessous.)

Adresse municipale ou description légale :	
Ville ou village :	Province : Manitoba
Code postal :	Pays : Canada

Veillez signer la 2^e page, au dos de la présente formule.

Crédit d'impôt pour soignant primaire – Formule d'inscription **Manitoba**

RENSEIGNEMENTS AU SUJET DE L'ADMISSIBILITÉ

Date de début des soins (jj-mm-aaaa) : _____

Date de fin (le cas échéant) _____

Veillez cocher UNE des options suivantes :

Le bénéficiaire de soins a été évalué comme ayant des exigences en matière de soins de niveau 2 ou plus par :

- les services de soins à domicile du Manitoba administrés par un office régional de la santé;
- un médecin ou une infirmière praticienne ayant fait une évaluation – le formulaire d'équivalence des niveaux de soins doit être rempli – voir page 3).

OU

Le bénéficiaire de soins est admissible au crédit d'impôt pour soignant primaire, tel que déterminé par :

- les Services aux enfants handicapés ou les Services d'intégration communautaire des personnes handicapées du ministère des Familles du Manitoba.

Critères d'admissibilité au crédit d'impôt (conformément à l'article 5.11 de la Loi de l'impôt sur le revenu du Manitoba)

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.-à-d. pas un foyer de groupe, un foyer d'accueil, un hôpital, un foyer de soins personnels ou un logement avec services de soutien);
- être évalué comme ayant des exigences en matière de soins équivalentes à un niveau 2 ou plus;
- 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.

DÉCLARATION DU SOIGNANT

AUTORISATION À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Conformément à la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée, je comprends que les renseignements qui figurent sur le présent formulaire sont recueillis en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu du Manitoba et qu'ils peuvent être utilisés et communiqués selon les besoins aux fins de l'administration du crédit d'impôt pour soignant primaire.

ATTESTATION

Je déclare par la présente 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 et que je pourrais être tenu de fournir des documents à l'appui de mon admissibilité au crédit d'impôt pour soignant primaire. J'ai lu l'autorisation à la collecte et à la communication des renseignements personnels ci-dessus et j'en accepte les termes.

Signature du soignant : _____

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

Envoyez la formule d'inscription dûment remplie :

Par courriel : TAO@gov.mb.ca

Par la poste : Bureau d'aide fiscale du Manitoba
401, avenue York, bureau 110 A
Winnipeg (Manitoba) R3C 0P8

Téléphone : 204 948-2115
N° sans frais : 1 800 782-0771

Équivalence des niveaux de soins

Si le bénéficiaire des soins ne reçoit pas des services de soins à domicile au Manitoba, lesquels sont administrés par un office régional de la santé, ou encore des services offerts par les Services aux enfants handicapés ou les Services d'intégration communautaire des personnes handicapées, ses besoins de soins doivent être évalués ci-dessous par un médecin ou une infirmière praticienne.

Remplissez seulement l'UNE des parties ci-dessous, soit la partie Adulte ou Enfant, selon le cas.

Nom du bénéficiaire de soins : _____

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
		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.
		2. Aide ou encadrement lors d'activités quotidiennes comme le magasinage, l'utilisation de moyens de transport, la préparation de repas, la lessive, et l'entretien ménager.
		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.
		4. Offre régulière et soutenue de conseils, aide à la prise de décisions et soutien affectif.

OU

Enfant (moins de 18 ans) — Pour que l'enfant soit admissible, il doit avoir des besoins de soins 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 de la vie quotidienne et les activités instrumentales de la vie quotidienne.

OUI	NON	Catégorie de soins
		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, injections intramusculaires, suppositoires réguliers).
		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 considération.
		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.
		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. Une augmentation des responsabilités est attendue pendant l'adolescence et peut être affectée 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 du milieu de vie).

Médecin ou infirmière praticienne : (Écrivez lisiblement en lettres moulées.)

Nom : _____

Profession/poste : _____

Signature : _____

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