

Période fiscale :

**Attestation de la dépendance de tiers dans le cadre de la déduction pour aidant bénévole
selon l'art. 31 al. 1 let. i. Merci de compléter chaque rubrique du document**

Renseignements sur les contribuables aidants bénévoles

(si plus de trois aidants bénévoles, veuillez, s'il vous plaît, utiliser un second formulaire)

	Aidant(s) bénévole(s)					
	Aidant bénévole	%	Aidant bénévole	%	Aidant bénévole	%
Nom et prénom						
Adresse						
Domicile						
Date de naissance						
Téléphone						

Informations sur la personne nécessitant des soins

Madame Monsieur
 Nom: _____ Prénom: _____
 Adresse: _____ Domicile : _____
 Date de naissance _____ N° tél. : _____

Le patient bénéficie-t-il des prestations de soins du CMS ?
 oui, depuis: _____ non

Une demande d'allocation pour impotent a-t-elle été déposée ?
 oui non

A quel degré d'impotence correspond l'allocation versée ?
 faible moyenne grave

Données relatives à l'impotence

A défaut de prestations de tiers à la maison, le patient devrait-il séjourner dans un EMS ?
 oui non

Malgré les moyens auxiliaires, la personne âgée a-t-elle besoin, de manière régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir les actes ordinaires de la vie suivants ?

⇒ pour se lever, s'asseoir ou se coucher	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
⇒ pour se vêtir ou se dévêtir	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
⇒ pour les soins du corps	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
⇒ pour aller aux toilettes	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
⇒ pour manger	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
⇒ pour prendre des médicaments	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
⇒ pour se déplacer	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
⇒ pour entretenir des contacts sociaux	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Des soins permanents sont-ils nécessaires ?
 de jour de nuit non

Une surveillance personnelle permanente est-elle nécessaire ?
 de jour de nuit non

Date, timbre et signature

date: _____ date: _____

Signature(s) de(s) l'aidant(s) bénévole(s) Timbre et signature du médecin ou du responsable du centre médico-social