

**IMPORTANT**

Avant de le remplir, il est important de lire la section « **INFORMATIONS IMPORTANTES** », en page 3.

Ce formulaire s'adresse à tout assuré ou tuteur qui souhaite déclarer une invalidité mentale ou physique d'un enfant à charge.

## 1. INFORMATIONS

Informations sur l'assuré ou le tuteur			
Nom		Prénom	
Lien de parenté		Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	N° de client
N°	Rue		N° d'appartement
Ville	Code postal	Province	N° de téléphone
Informations sur l'enfant			
Nom		Prénom	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)

## 2. RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT À CHARGE AYANT UNE INVALIDITÉ

Confirmation de l'admissibilité de l'enfant à charge	
Est-ce que l'invalidité de l'enfant à charge s'est confirmée avant qu'il atteigne l'âge de 19 ans?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce que l'invalidité de l'enfant à charge s'est confirmée avant qu'il atteigne l'âge de 26 ans et pendant qu'il fréquentait à temps plein un établissement d'enseignement reconnu par le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## 3. RENSEIGNEMENTS SUR LA SITUATION DE L'ENFANT

Est-ce que vous subvenez dans une large mesure aux besoins de l'enfant? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Veuillez donner des précisions au sujet du soutien régulier et constant que vous fournissez à l'enfant à charge invalide concernant la nourriture, le logement et l'habillement (si vous avez besoin de plus d'espace, joignez un feuillet supplémentaire).	
Est-ce que l'enfant à charge invalide a la capacité de vivre seul? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Est-ce que l'enfant à charge invalide est toujours domicilié à la résidence familiale? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Est-ce que l'enfant à charge invalide est autonome financièrement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Dans l'affirmative,	Quels sont les revenus gagnés pour chacune des deux (2) dernières années (selon la déclaration de revenus et l'avis de cotisation)
	Quels sont les crédits d'impôt accordés pour chacune des deux (2) dernières années?

**Important : Joindre les pièces justificatives à la déclaration d'invalidité d'un enfant à charge.**

## 4. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Effets cumulatifs de limitations multiples, les conditions suivantes sont remplies (cochez les cases appropriées).

- Votre enfant a des limitations qui équivalent au fait d'être limité **de façon marquée** dans la capacité d'accomplir une activité de la vie courante (parler, entendre, marcher, évacuer, s'alimenter, s'habiller ou effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante) si, même à l'aide de soins thérapeutiques ou de médicaments.
- Votre enfant est toujours ou presque toujours limité de façon importante dans sa capacité d'accomplir au moins deux (2) activités de la vie courante, ou limité de façon importante dans sa capacité de voir et d'accomplir au moins une (1) activité de la vie courante. Notez qu'une déficience visuelle qui ne peut pas être corrigée ni atténuée à l'aide de verres correcteurs ou d'autres appareils visuels peut être prise en compte si elle est combinée avec une (1) ou plusieurs limitations dans les activités de la vie courante pour la détermination des effets cumulatifs d'une (1) ou de plusieurs limitations.
- Les limitations et leurs effets sont toujours ou presque toujours présents ensemble.

À titre d'exemple, une personne atteinte de sclérose en plaques pourrait avoir une invalidité considérée comme grave si elle éprouve continuellement de la fatigue, fait face à des états dépressifs et a des problèmes d'équilibre, et que la combinaison de ces limitations engendre un effet équivalant à une incapacité d'accomplir une activité de la vie courante, et ce, même si chaque limitation prise isolément ne limite pas de façon marquée sa capacité d'accomplir une activité courante de la vie de tous les jours.

Est-ce que les trois (3) conditions décrites ci-dessus s'appliquent à votre enfant ?

Oui  Non

Si vous avez répondu **oui**, indiquez quelles capacités de votre enfant sont limitées (au moins deux (2)) :

- Voir  Parler  Entendre  Marcher  Évacuer  S'alimenter  S'habiller
- Effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante

Si **oui**, en quelle année les effets cumulatifs des limitations multiples ont-ils commencé ?

### Temps consacré aux soins thérapeutiques essentiels

En raison d'une maladie chronique, est-ce que votre enfant doit consacrer du temps à des soins thérapeutiques qui sont prescrits par un médecin et sont essentiels au maintien de l'une de ses fonctions vitales, comme décrit ci-dessus ?  Oui  Non

Ceci inclut le temps pour les déplacements, les visites médicales et la récupération nécessaire après un traitement. Les soins thérapeutiques essentiels ne comprennent pas les soins qui peuvent avoir un effet bénéfique sur des personnes qui ne sont pas atteintes d'une maladie chronique (par exemple, les programmes d'exercices, les diètes, l'hygiène ou une médication).

Si **oui**, à partir de quelle année les soins thérapeutiques essentiels remplissent-ils les conditions mentionnées ci-dessus ?

Veuillez décrire les soins thérapeutiques prescrits :

## 5. CERTIFICATION ET SIGNATURE DE L'ASSURÉ OU DU TUTEUR

En tant qu'assuré ou tuteur, je certifie que les renseignements fournis sont exacts et complets.

Nom

Prénom

Signature

Date (AAAA-MM-JJ)

## INFORMATIONS IMPORTANTES

### À QUI S'ADRESSE LE FORMULAIRE DÉCLARATION D'INVALIDITÉ?

Ce formulaire s'adresse à tout assuré ou tuteur qui doit déclarer qu'une personne à sa charge a une invalidité grave et prolongée des fonctions mentales et/ou physiques.

Si l'invalidité est permanente, vous n'avez pas à produire de nouvelle déclaration chaque année, à moins que nous vous le demandions. Toutefois, si l'état de la personne à charge s'est amélioré depuis la dernière fois qu'une déclaration a été produite, vous devez nous en aviser.

### QUI PEUT ATTESTER L'INVALIDITÉ ?

L'invalidité peut être attestée uniquement par le médecin traitant

### QUI PEUT ATTESTER L'INCAPACITÉ DE VIVRE SEUL ?

L'incapacité de vivre seul en raison d'une invalidité peut être attestée uniquement par un médecin traitant.

#### **Remarque :**

Nous pourrions demander à toute personne dont le nom figure dans ce formulaire de nous fournir par écrit des renseignements additionnels concernant l'invalidité de l'enfant à charge atteint et ses effets sur lui, ou des renseignements additionnels concernant les soins thérapeutiques essentiels que cette personne doit recevoir, s'il y a lieu.