



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						
Nom:	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur		Prénom: _____			
Adresse: _____			Domicile : _____			
Date de naissance _____			N° tél. : _____			
Le patient bénéficie-t-il des prestations de soins du CMS ou d'une organisation de soins et d'aide à domicile autorisée ?						
<input type="checkbox"/> oui, depuis: _____ <input type="checkbox"/> non						
Une demande d'allocation pour impotent a-t-elle été déposée ?						
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non						
A quel degré d'impotence correspond l'allocation versée ?						
<input type="checkbox"/> faible <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> grave						
Données relatives à l'impotence						
A défaut de prestations de tiers à la maison, le patient devrait-il séjourner dans un EMS ou en institution ?						
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non						
Malgré les moyens auxiliaires, la personne âgée ou en situation de handicap 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 ?						
<input type="checkbox"/> de jour	<input type="checkbox"/>	de nuit	<input type="checkbox"/>	non		
Une surveillance personnelle permanente est-elle nécessaire ?						
<input type="checkbox"/> de jour	<input type="checkbox"/>	de nuit	<input type="checkbox"/>	non		
Date, timbre et signature						
date: _____			date: _____			
Signature(s) de(s) l'aidant(s) bénévole(s)			Timbre et signature du médecin, du CMS ou du responsable de l'organisation de soins et d'aide à domicile			