

Déduction des frais liés à un handicap – Questionnaire médical

(Questionnaire type annexé à la circulaire n°11 du 31 août 2005)

Mesdames, Messieurs,

Depuis le 1^{er} janvier 2005, les personnes handicapées, ou celles qui subviennent à leur entretien, peuvent déduire de leurs revenus imposables l'intégralité des frais occasionnés par le handicap (art. 33, al. 1, let. h^{bis} de la loi fédérale du 14 décembre 1990 sur l'impôt fédéral direct [LIFD]). Une personne handicapée au sens de cette disposition est une personne qui souffre d'une *déficience corporelle, mentale ou psychique présumée durable* de sorte qu'elle ne peut pas ou a des difficultés à accomplir les actes de la vie quotidienne, à entretenir des contacts sociaux, à se mouvoir, à se former, à se perfectionner ou à exercer une activité professionnelle (art. 2 de la loi du 13 décembre 2002 sur l'égalité pour les handicapés).

Les autorités fiscales doivent s'en remettre à vous, médecins traitants, pour établir si une personne est handicapée resp. quels frais sont causés par le handicap. Nous vous prions donc de bien vouloir compléter le questionnaire ci-joint et de le remettre à vos patients à l'attention des autorités fiscales. D'avance nous vous remercions de votre aimable coopération.

Les renseignements ainsi fournis confèrent certes aux autorités fiscales un large droit de regard sur les situations médicales individuelles. Les réponses aux questions jointes sont cependant indispensables à la détermination de la déductibilité de frais liés à un handicap. Aussi tenons-nous à vous rappeler que les personnes chargées d'appliquer les législations fiscales sont soumises à l'obligation légale du secret de fonction ; elles doivent garder le secret sur les faits dont elles ont connaissance dans l'exercice de leur fonction ainsi que sur les délibérations des autorités et refuser aux tiers la consultation des dossiers fiscaux (art. 110 LIFD).

Cordialement,
Votre administration fiscale

Je soussigné(e)..... autorise expressément

Dr.

à compléter le questionnaire ci-dessous et le/la dégage du secret médical envers les autorités fiscales du canton de

.....

(nom et signature de la personne handicapée
ou de son représentant légal)

Identité du patient

Nom

Prénom

Date de naissance

Adresse

1. Quelle est la nature de sa déficience corporelle, mentale ou psychique (bref descriptif) ?

.....
.....
.....

2. Durée de sa déficience

- moins d'un an
- vraisemblablement plus d'un an
- déjà un an ou plus

3. Quels actes de la vie quotidienne nécessitent l'aide d'un tiers ou lui demandent énormément de temps ?

- s'habiller et se déshabiller
- se lever, s'asseoir et se coucher
- manger et boire
- hygiène corporelle
- satisfaire ses besoins naturels
- autres (à préciser)

Quelle est la durée quotidienne moyenne de l'aide nécessaire ?

.....
.....

4. Quelles tâches ménagères lui sont devenues difficiles, voire impossibles, à accomplir seul(e) ?

.....
.....
.....

A-t-il/elle besoin d'une aide-ménagère ?

- oui
- non

5. Lui est-il difficile, voire impossible, de s'occuper de ses enfants, de sorte qu'il/elle a besoin de les faire garder ?

- oui
- non

6. Est-il/elle tributaire de l'aide d'une tierce personne pour entretenir des contacts sociaux, participer à la vie sociale (ex. : assister à des concerts, des manifestations sportives) ou pour contacter les services et autorités administratifs ?

- oui
- non

7. Dans quelle mesure a-t-il/elle des difficultés à se déplacer ?

- Tout déplacement nécessite des moyens auxiliaires spécifiques, à savoir.....
.....
- Il/elle ne peut pas ou très difficilement emprunter les transports publics.
- Il/elle ne peut pas utiliser de véhicule individuel (même aménagé).

8. Incidence de sa déficience corporelle, mentale ou psychique sur ses possibilités de formation, de perfectionnement ou d'exercice d'une activité professionnelle ?

- La formation et le perfectionnement nécessitent l'aide d'une tierce personne ou de moyens auxiliaires
- L'exercice d'une activité professionnelle nécessite l'aide d'une tierce personne ou de moyens auxiliaires
- La fréquentation d'une école spécialisée, d'un atelier d'occupation, d'un centre de jour, d'un atelier de réadaptation, etc. est nécessaire

9. Quels traitements, thérapies, régimes alimentaires nécessitent sa déficience ?

.....
.....
.....

10. Observations particulières

.....
.....
.....

Lieu et date

Tampon et signature du médecin

.....

.....