



## Certificat pour le crédit d'impôt pour personnes handicapées

Utilisez ce formulaire pour demander le crédit d'impôt pour personnes handicapées (CIPH). L'Agence du revenu du Canada (ARC) utilisera ces renseignements pour prendre une décision sur l'admissibilité au CIPH. Allez à « Renseignements généraux » à la page 6 pour en savoir plus.

**Étape 1** – Remplissez et signez les sections de la partie A qui s'appliquent à vous.

**Étape 2** – Demandez à un professionnel de la santé de remplir et d'attester la partie B.

**Étape 3** – Envoyez le formulaire à l'ARC.

### Partie A – À remplir par le contribuable

#### Section 1 – Renseignements sur la personne handicapée

Prénom et initiale	Nom de famille	Numéro d'assurance sociale
--------------------	----------------	----------------------------

Adresse postale (App – n° et rue, CP, RR)

Ville	Province ou territoire	Code postal	Date de naissance :	Année	Mois	Jour
-------	------------------------	-------------	---------------------	-------	------	------

#### Section 2 – Renseignements sur la personne qui demande le montant pour personnes handicapées (si différente de celle ci-dessus)

Prénom et initiale	Nom de famille	Numéro d'assurance sociale
--------------------	----------------	----------------------------

La personne handicapée est :  mon époux/conjoint de fait  la personne à ma charge (précisez) : \_\_\_\_\_

Répondez aux questions suivantes pour **toutes** les années où vous demandez le montant pour personnes handicapées pour cette personne.

1. La personne handicapée demeure-t-elle avec vous? Oui  Non

Si **oui**, pour quelle(s) année(s)? \_\_\_\_\_

2. Si vous avez répondu **non** à la question 1, la personne handicapée dépend-elle de vous pour au moins un des besoins fondamentaux de façon régulière et constante (tels que la nourriture, le logement ou l'habillement)? Oui  Non

Si **oui**, pour quelle(s) année(s)? \_\_\_\_\_

Donnez des précisions au sujet du soutien **régulier** et **constant** que vous fournissez à la personne handicapée concernant la nourriture, le logement et l'habillement (si vous avez besoin de plus d'espace, joignez une feuille séparée). Nous pourrions vous demander de nous fournir des reçus ou d'autres documents à l'appui afin de soutenir votre demande.

#### Section 3 – Modifier votre déclaration de revenus et de prestations

Lorsque l'admissibilité est approuvée, l'ARC peut modifier vos déclarations pour toutes les années applicables afin d'inclure le montant pour personnes handicapées pour **vous-même** ou la **personne à votre charge de moins de 18 ans**. Pour en savoir plus, consultez le guide RC4064, Renseignements relatifs aux personnes handicapées.

Oui, je veux que l'ARC modifie ma ou mes déclarations, si possible.  Non, je ne veux pas de modification.

#### Section 4 – Autorisation

En tant que **personne handicapée** ou son **représentant légal**, j'autorise les actions suivantes :

- Le ou les professionnel(s) de la santé peuvent fournir les renseignements de leurs dossiers médicaux à l'ARC ou discuter des renseignements de ce formulaire.
- L'ARC peut modifier mes déclarations, selon le cas, si la case « Oui » a été cochée à la section 3.

Signez ici : _____	Téléphone	Année	Mois	Jour
--------------------	-----------	-------	------	------

Les renseignements personnels sont recueillis selon la Loi de l'impôt sur le revenu afin d'administrer les programmes fiscaux, de prestations et autres. Ils peuvent également être utilisés pour toute fin liée à l'exécution de la Loi telle que la vérification, l'observation et le recouvrement. Les renseignements peuvent être transmis à une autre institution gouvernementale fédérale, provinciale, territoriale ou étrangère, ou vérifiés auprès de celles-ci, dans la mesure où la loi l'autorise. Le défaut de fournir ces renseignements pourrait entraîner des intérêts à payer, des pénalités ou d'autres mesures. Le numéro d'assurance sociale est recueilli en vertu de l'article 237 de la Loi comme identificateur personnel. Les particuliers ont le droit, selon la Loi sur la protection des renseignements personnels, d'accéder à leurs renseignements personnels, de demander une correction ou de déposer une plainte auprès du Commissaire à la protection de la vie privée du Canada concernant le traitement de leurs renseignements personnels par l'institution. Consultez le fichier de renseignements personnels ARC PPU 218 à [canada.ca/arc-info-source](http://canada.ca/arc-info-source).

Nom du patient : \_\_\_\_\_

**Partie B – À remplir par le professionnel de la santé**

**Étape 1** – Remplissez **seulement** la ou les sections des pages 2 à 4 qui s'appliquent à votre patient. Chaque catégorie indique quels professionnels de la santé peuvent attester les renseignements contenus dans cette partie.

**Remarque**

Que vous remplissiez ce formulaire pour un enfant ou un adulte, évaluez votre patient par rapport à une personne du même âge qui n'a pas de déficience.

**Étape 2** – Remplissez les sections « **Effets de la déficience** », « **Durée** » et « **Attestation** » à la page 5. Si d'autres renseignements sont requis, l'Agence du revenu du Canada (ARC) pourrait communiquer avec vous.

L'admissibilité au CIPH est basée sur les effets de la déficience et non sur la condition médicale. Pour lire les définitions et obtenir des exemples de déficiences qui pourraient être admissibles au CIPH, consultez le guide RC4064, Renseignements relatifs aux personnes handicapées. Pour en savoir plus, allez à [canada.ca/credit-impot-personnes-handicapees](http://canada.ca/credit-impot-personnes-handicapees).

**Voïr – Médecin, infirmier praticien ou optométriste**

Votre patient est considéré **aveugle** si, même avec des lentilles correctrices et des médicaments, il remplit l'un des critères suivants :

- l'acuité visuelle de ses **deux** yeux est de 20/200 (6/60) ou moins sur la carte Snellen (ou l'équivalent);
- le plus grand diamètre du champ de vision de ses **deux** yeux est de 20 degrés ou moins.

1. Votre patient est-il **aveugle**, tel que décrit ci-dessus?

Oui  Non 

Si **oui**, en quelle année votre patient est-il devenu aveugle (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)?

Année

--	--	--	--	--

œil droit    œil gauche

2. Quelle est l'acuité visuelle de votre patient **après correction**?

œil droit    œil gauche

3. Quel est le champ de vision de votre patient **après correction** (en degrés si possible)?

**Parler – Médecin, infirmier praticien ou orthophoniste**

Votre patient est considéré comme étant **limité de façon marquée** dans sa capacité de parler si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés, il remplit les deux critères suivants :

- il est **incapable** ou il prend un **temps excessif** pour parler de façon à se faire comprendre par une personne de sa connaissance, dans un endroit calme;
- c'est le cas **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps).

Votre patient est-il **limité de façon marquée** dans sa capacité de parler, tel que décrit ci-dessus?

Oui  Non 

Si **oui**, en quelle année votre patient est-il devenu limité de façon marquée dans sa capacité de parler (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)?

Année

--	--	--	--	--

**Entendre – Médecin, infirmier praticien ou audiologiste**

Votre patient est considéré comme étant **limité de façon marquée** dans sa capacité d'entendre si, même avec des appareils appropriés, il remplit les deux critères suivants :

- il est **incapable** ou il prend un **temps excessif** pour entendre de façon à comprendre une personne de sa connaissance, dans un endroit calme;
- c'est le cas **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps).

Votre patient est-il **limité de façon marquée** dans sa capacité d'entendre, tel que décrit ci-dessus?

Oui  Non 

Si **oui**, en quelle année votre patient est-il devenu limité de façon marquée dans sa capacité d'entendre (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)?

Année

--	--	--	--	--

**Marcher – Médecin, infirmier praticien, ergothérapeute ou physiothérapeute**

Votre patient est considéré comme étant **limité de façon marquée** dans sa capacité de marcher si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés, il remplit les deux critères suivants :

- il est **incapable** ou il prend un **temps excessif** pour marcher;
- c'est le cas **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps).

Votre patient est-il **limité de façon marquée** dans sa capacité de marcher, tel que décrit ci-dessus?

Oui  Non 

Si **oui**, en quelle année votre patient est-il devenu limité de façon marquée dans sa capacité de marcher (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)?

Année

--	--	--	--	--

Nom du patient : \_\_\_\_\_

**Évacuer (fonctions intestinales ou vésicales) – Médecin ou infirmier praticien**

Votre patient est considéré comme étant **limité de façon marquée** dans sa capacité d'évacuer si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés, il remplit les deux critères suivants :

- il est **incapable** ou il prend un **temps excessif** pour s'occuper lui-même de ses fonctions intestinales ou vésicales;
- c'est le cas **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps).

Votre patient est-il **limité de façon marquée** dans sa capacité d'évacuer, tel que décrit ci-dessus?

Oui  Non 

Si **oui**, en quelle année votre patient est-il devenu limité de façon marquée dans sa capacité d'évacuer (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)?

Année

--	--	--	--	--

**Se nourrir – Médecin, infirmier praticien ou ergothérapeute**

Votre patient est considéré comme étant **limité de façon marquée** dans sa capacité de se nourrir si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés, il remplit les deux critères suivants :

- il est **incapable** ou il prend un **temps excessif** pour se nourrir lui-même;
- c'est le cas **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps).

Se nourrir **n'inclut pas** d'identifier, de chercher, d'acheter ou de se procurer de la nourriture.

Se nourrir **inclut** la préparation de la nourriture, **sauf** lorsqu'elle est liée à des restrictions alimentaires ou à une diète, même lorsque ces restrictions alimentaires ou cette diète sont dues à une maladie ou à une condition médicale.

Votre patient est-il **limité de façon marquée** dans sa capacité de se nourrir, tel que décrit ci-dessus?

Oui  Non 

Si **oui**, en quelle année votre patient est-il devenu limité de façon marquée dans sa capacité de se nourrir (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)?

Année

--	--	--	--	--

**S'habiller – Médecin, infirmier praticien ou ergothérapeute**

Votre patient est considéré comme étant **limité de façon marquée** dans sa capacité de s'habiller si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés, il remplit les deux critères suivants :

- il est **incapable** ou il prend un **temps excessif** pour s'habiller lui-même;
- c'est le cas **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps).

S'habiller **n'inclut pas** d'identifier, de chercher, d'acheter ou de se procurer des vêtements.

Votre patient est-il **limité de façon marquée** dans sa capacité de s'habiller, tel que décrit ci-dessus?

Oui  Non 

Si **oui**, en quelle année votre patient est-il devenu limité de façon marquée dans sa capacité de s'habiller (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)?

Année

--	--	--	--	--

**Fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante – Médecin, infirmier praticien ou psychologue**

Votre patient est considéré comme étant **limité de façon marquée** dans sa capacité d'effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante (décrites ci-dessous) si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils (par exemple, les aide-mémoire et les aides à l'adaptation) et de médicaments appropriés, il remplit les deux critères suivants :

- il est **incapable** ou il prend un **temps excessif** pour effectuer lui-même ces fonctions;
- c'est le cas **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps).

Les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante comprennent :

- l'apprentissage fonctionnel à l'autonomie (par exemple, les fonctions qui touchent les soins personnels, la santé et la sécurité, les aptitudes à initier et répondre aux interactions sociales et les transactions simples et ordinaires);
- la mémoire (par exemple, la capacité de se souvenir d'instructions simples, de renseignements personnels, tels que son nom et son adresse, ou de sujets d'importance ou d'intérêt);
- la résolution de problèmes, l'atteinte d'objectifs **et** le jugement, pris dans leur ensemble (par exemple, la capacité de résoudre des problèmes, d'établir et d'atteindre des objectifs, de prendre des décisions et de porter des jugements appropriés).

**Remarque**

Une limitation concernant la résolution de problèmes, l'atteinte d'objectifs ou le jugement qui limite de façon marquée l'apprentissage fonctionnel à l'autonomie, toujours ou presque toujours (au moins 90 % du temps), serait admissible.

Votre patient est-il **limité de façon marquée** dans sa capacité d'effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante, tel que décrit ci-dessus?

Oui  Non 

Si **oui**, en quelle année votre patient est-il devenu limité de façon marquée dans sa capacité d'effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)?

Année

--	--	--	--	--

Nom du patient : \_\_\_\_\_

**Soins thérapeutiques essentiels – Médecin ou infirmier praticien**Les soins thérapeutiques essentiels pour votre patient doivent remplir les **deux** critères suivants :

- votre patient a besoin de ces soins thérapeutiques essentiels pour maintenir une fonction vitale, même si ces soins soulagent ses symptômes;
- votre patient a besoin de ces soins thérapeutiques au moins 3 fois par semaine, pour une moyenne d'au moins 14 heures par semaine.

**Le critère des 14 heures par semaine****Incluez seulement** le temps que votre patient doit consacrer à la thérapie, c'est-à-dire qu'il doit interrompre ses activités normales et quotidiennes afin de la suivre.Si un enfant ne peut pas faire les activités liées à la thérapie en raison de son âge, **incluez** le temps consacré par les principaux responsables des soins de l'enfant à faire et à surveiller ces activités.**N'incluez pas** le temps que prend un appareil portatif ou implanté pour administrer les soins thérapeutiques, le temps consacré à des activités liées à l'observation d'une diète ou au respect de certaines restrictions alimentaires (comme le calcul des glucides) ou l'exercice physique (même lorsque ces activités sont des facteurs dans le calcul de la dose quotidienne de médicaments), le temps de déplacement, les rendez-vous médicaux (autres que les rendez-vous lors desquels votre patient suit la thérapie), le temps passé à l'achat de médicament ou le temps de récupération après les soins thérapeutiques.

1. Votre patient a-t-il besoin de ces soins thérapeutiques **pour maintenir une fonction vitale**? Oui  Non
2. Votre patient a-t-il besoin de ces soins thérapeutiques au moins **3 fois par semaine**? Oui  Non
3. Votre patient a-t-il besoin de ces soins thérapeutiques au moins **14 heures par semaine**? Oui  Non

Si **oui**, en quelle année les soins thérapeutiques de votre patient ont-ils commencé à remplir ces critères (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)?

Année

--	--	--	--	--

Il est **obligatoire** que vous décriviez en quoi les soins thérapeutiques remplissent les critères énoncés ci-dessus. Si vous avez besoin de plus d'espace, joignez une feuille séparée que vous avez signée.

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**Effet cumulatif des limitations considérables – Médecin, infirmier praticien ou ergothérapeute****Remarque : Les ergothérapeutes peuvent seulement attester les limitations pour marcher, se nourrir et s'habiller.**Répondez à **toutes** les questions ci-dessous pour attester l'effet cumulatif des limitations de votre patient.

1. Même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés, votre patient est-il **limité considérablement** par sa déficience, sans être **limité de façon marquée**, dans **deux** ou plusieurs activités courantes de la vie quotidienne ou dans la capacité de **voir** et dans **une** ou plusieurs activités courantes de la vie quotidienne? Oui  Non

Si **oui**, cochez au moins **deux** cases qui s'appliquent à votre patient :

- |  |                                     |                                     |  |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> voir  | <input type="checkbox"/> parler     | <input type="checkbox"/> entendre   | <input type="checkbox"/> marcher   |
| <input type="checkbox"/> évacuer (fonctions intestinales ou vésicales) | <input type="checkbox"/> se nourrir | <input type="checkbox"/> s'habiller | <input type="checkbox"/> fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante |

**Remarque**Vous **ne pouvez pas** inclure le temps passé à recevoir des soins thérapeutiques essentiels.

2. Ces limitations sont-elles présentes **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps) en même temps? Oui  Non
3. L'effet cumulatif de ces limitations considérables correspond-il à être **limité de façon marquée** dans **une** activité courante de la vie quotidienne? Oui  Non
4. Quand l'effet cumulatif décrit ci-dessus a-t-il commencé (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)?

Année

--	--	--	--	--

Nom du patient : \_\_\_\_\_

**Effets de la déficience – Obligatoire**

Les effets de la déficience de votre patient sont ceux qui font qu'il est **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps) limité, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés.

**Remarque**

Le travail, les travaux ménagers, la gestion d'un compte bancaire et les activités sociales ou récréatives **ne sont pas** considérés comme des activités courantes de la vie quotidienne. Les activités courantes de la vie quotidienne comprennent marcher, parler, entendre, s'habiller, se nourrir, l'évacuation intestinale ou vésicale, et les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante.

Il est **obligatoire** que vous décriviez les effets de la déficience de votre patient sur sa capacité de faire **chacune** des activités courantes de la vie quotidienne que vous avez indiquée comme étant « limitée de façon marquée » ou « limitée considérablement ». Si vous avez besoin de plus d'espace, joignez une feuille séparée que vous avez signée. Vous pouvez inclure des copies de rapports médicaux, d'examen diagnostiques ou de tout autre renseignement médical, au besoin.

**Durée – Obligatoire**

La déficience de votre patient a-t-elle duré ou est-il raisonnable de s'attendre à ce qu'elle dure au moins 12 mois consécutifs? Pour les patients décédés, était-il raisonnable de s'attendre à ce que la déficience dure au moins 12 mois consécutifs?

Oui  Non 

Si **oui**, la déficience s'est-elle améliorée, ou peut-on s'attendre à ce qu'elle s'améliore, de sorte que le patient ne soit plus aveugle, limité de façon marquée, n'ait plus besoin de soins thérapeutiques essentiels ou n'ait plus l'équivalent d'une limitation marquée à cause de l'effet cumulatif des limitations considérables?

Incertain  Oui  Non 

Si **oui**, indiquez l'année de l'amélioration réelle ou prévue.

Année

--	--	--	--	--

**Attestation – Obligatoire**

- Pour quelle(s) année(s) avez-vous été le professionnel de la santé traitant de votre patient?
- Avez-vous des renseignements au dossier à l'appui de la ou des limitations pour chaque année que vous avez attestées sur ce formulaire?

Oui  Non **Cochez la case qui s'applique à vous :**

- |                                       |  |                                       |   |
|---------------------------------------|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Médecin      | <input type="checkbox"/> Infirmier praticien | <input type="checkbox"/> Optométriste | <input type="checkbox"/> Ergothérapeute |
| <input type="checkbox"/> Audiologiste | <input type="checkbox"/> Physiothérapeute    | <input type="checkbox"/> Psychologue  | <input type="checkbox"/> Orthophoniste  |

En tant que **professionnel de la santé**, j'atteste que les renseignements fournis dans la partie B de ce formulaire sont exacts et complets. Je comprends que l'ARC utilisera ces renseignements pour prendre une décision sur l'admissibilité de mon patient au CIPH.

Signez ici : \_\_\_\_\_

Faire une fausse déclaration constitue une infraction grave.

Nom (en lettres moulées)

Adresse

Date : Année Mois Jour Téléphone

--	--	--	--	--

## Renseignements généraux

### Qu'est-ce que le CIPH?

Le crédit d'impôt pour personnes handicapées (CIPH) est un crédit d'impôt non remboursable qui aide les personnes handicapées et leurs aidants à réduire l'impôt sur le revenu qu'ils pourraient avoir à payer. Le montant pour personnes handicapées pourrait être demandé une fois que la personne handicapée est admissible au CIPH. Ce montant comprend un supplément pour une personne ayant moins de 18 ans à la fin de l'année. Être admissible à ce crédit pourrait vous permettre d'accéder à d'autres programmes.

Pour en savoir plus, allez à [canada.ca/credit-impot-personnes-handicapees](http://canada.ca/credit-impot-personnes-handicapees) ou consultez le guide RC4064, Renseignements relatifs aux personnes handicapées.

### Êtes-vous admissible?

Vous êtes admissible au CIPH seulement si nous approuvons votre demande. En utilisant ce formulaire, un professionnel de la santé doit indiquer et attester que vous avez une déficience grave et prolongée et en décrire les effets.

Pour savoir si vous **pourriez être admissible** au CIPH, remplissez le questionnaire d'auto-évaluation dans le guide RC4064, Renseignements relatifs aux personnes handicapées. Si nous vous avons déjà informé que vous êtes admissible, n'envoyez pas un autre formulaire à moins que la période d'approbation précédente soit terminée ou que nous vous demandions de le faire. **Vous devriez nous aviser si votre condition médicale s'améliore.**

Vous **n'êtes pas** nécessairement admissible au CIPH malgré que vous recevez une prestation d'invalidité du Régime de pensions du Canada ou du Régime des rentes du Québec, des indemnités pour accident de travail ou d'autres genres de prestations d'assurance ou d'invalidité. Ces régimes servent à d'autres fins et ont d'autres critères, comme l'incapacité à travailler.

**Vous pouvez envoyer le formulaire à n'importe quel moment de l'année.** En envoyant votre formulaire avant de produire votre déclaration de revenus et de prestations, vous pouvez éviter des retards dans la cotisation de votre déclaration. Nous examinerons votre formulaire avant d'établir la cotisation de votre déclaration. Conservez une copie dans vos dossiers.

**Frais** – Vous êtes responsable de tous les frais exigés par le professionnel de la santé pour remplir ce formulaire ou pour nous fournir plus de renseignements. Vous pourriez les demander comme frais médicaux à la ligne 330 ou à la ligne 331 de votre déclaration de revenus et de prestations.

### Qu'arrive-t-il une fois le formulaire T2201 envoyé?

Une fois que nous avons reçu le formulaire T2201, nous examinerons votre demande. Nous vous enverrons un avis de détermination pour vous informer de notre décision. Notre décision est basée sur les renseignements donnés par le professionnel de la santé. Si votre demande est refusée, nous expliquerons pourquoi dans l'avis de détermination. Pour en savoir plus, consultez le guide RC4064, Renseignements relatifs aux personnes handicapées, ou allez à [canada.ca/credit-impot-personnes-handicapees](http://canada.ca/credit-impot-personnes-handicapees).

### Où devez-vous envoyer ce formulaire?

Envoyez votre formulaire à l'Unité du crédit d'impôt pour personnes handicapées de votre centre fiscal. Utilisez le tableau ci-dessous pour en connaître l'adresse.

<b>Si votre bureau des services fiscaux est situé aux endroits suivants :</b>	<b>Envoyez votre correspondance à l'adresse suivante :</b>
Alberta, Colombie-Britannique, Hamilton, Kitchener/Waterloo, London, Manitoba, Regina, Saskatoon, Territoires du Nord-Ouest, Thunder Bay, Windsor et Yukon	Centre fiscal de Winnipeg Case postale 14000, succursale Main Winnipeg MB R3C 3M2
Barrie, Belleville, Île-du-Prince-Édouard, Kingston, Montréal, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Nunavut, Ottawa, Outaouais, Peterborough, St. Catharines, Sherbrooke, Sudbury, Terre-Neuve-et-Labrador et Toronto	Centre fiscal de Sudbury Case Postale 20000, succursale A Sudbury ON P3A 5C1
Chicoutimi, Laval, Montérégie-Rive-Sud, Québec, Rimouski, Rouyn-Noranda et Trois-Rivières	Centre fiscal de Jonquière 2251, boulevard René-Lévesque Jonquière QC G7S 5J2
Résidents réputés, non-résidents, nouveaux arrivants ou résidents de retour au Canada	Centre fiscal de Sudbury Case Postale 20000, succursale A Sudbury ON P3A 5C1 CANADA ou Centre fiscal de Winnipeg Case postale 14000, succursale Main Winnipeg MB R3C 3M2 CANADA

### Avez-vous besoin d'aide?

Si vous voulez plus de renseignements après avoir lu ce formulaire, allez à [canada.ca/credit-impot-personnes-handicapees](http://canada.ca/credit-impot-personnes-handicapees) ou composez le **1-800-959-7383**.

### Formulaires et publications

Pour obtenir nos formulaires et publications, allez à [canada.ca/arc-formulaires](http://canada.ca/arc-formulaires) ou composez le **1-800-959-7383**.