



Département des finances et de l'énergie  
Service cantonal des contributions  
Section des personnes physiques

**Departement für Finanzen und Energie  
Kantonale Steuerverwaltung  
Sektion der Natürlichen Personen**

**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: \_\_\_\_\_

Adresse:

Date de naissance

Prénom:

Domicile :

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 ?

☐ oui, depuis: ☐ non

Le patient perçoit-il une allocation pour impotent ?

☐ oui ☐ non

Si oui, à quel degré d'impotence correspond l'allocation versée ?

☐ faible                      ☐ moyenne                      ☐ grave

## Données relatives à l'impotence

A défaut des prestations quotidiennes de l'aidant bénévole pour les actes ordinaires de la vie (se vêtir, se dévêtir, se lever, s'asseoir, manger, etc.), le patient devrait-il séjourner dans un EMS ou en institution ?

☐ oui ☐ 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