

**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**

<b>Renseignements sur les contribuables aidants bénévoles</b> (si plus de trois aidants bénévoles, veuillez, s'il vous plaît, utiliser un second formulaire)							
<b>Aidant(s) bénévole(s)</b>							
	<b>Aidant bénévole</b>	<b>%</b>	<b>Aidant bénévole</b>	<b>%</b>	<b>Aidant bénévole</b>	<b>%</b>	
Nom et prénom							
Adresse							
Domicile							
Date de naissance							
Téléphone							
<b>Informations sur la personne nécessitant des soins</b>							
<input type="checkbox"/> Madame		<input type="checkbox"/> Monsieur					
Nom:				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					
Le patient perçoit-il une allocation pour impotent ?							
<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non					
Si oui, à quel degré d'impotence correspond l'allocation versée ?							
<input type="checkbox"/> faible		<input type="checkbox"/> moyenne			<input type="checkbox"/> grave		
<b>Données relatives à l'impotence</b>							
A défaut des prestations quotidiennes de l'aidant bénévole pour les actes ordinaires de la vie (se vêtir, se dévêter, se lever, s'asseoir, manger, etc.), le patient devrait-il séjourner dans un EMS ou en institution ?							
<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non					
<b>Date, timbre et signature</b>							
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						