

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

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 régulières de l'aidant bénévole pour les actes ordinaires de la vie (se lever, s'asseoir, se vêtir, se dévêtir, manger, faire sa toilette, prendre des médicaments ou se déplacer), 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