

**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						
<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						
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 ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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			