

**IDENTIFICATION**

Nom : \_\_\_\_\_

Année d'imposition : \_\_\_\_\_

Est-ce qu'un membre de votre famille est atteint d'une déficience grave / handicap? \_\_\_\_\_

OUI                      NON

Si oui, le(s)quel(s)? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Description du handicap : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**FRAIS DIVERS**

**Fournissez les totaux par type de frais**  
 Nous garantissons le traitement fiscal approprié, mais pas les montants.  
 N'inscrivez que la portion non remboursée par vos assurances.

	Nom des personnes : _____			
<b>Frais</b>				
Acupuncteur	_____	_____	_____	_____
Assistant médical en ophtalmologie	pas déductible	pas déductible	pas déductible	pas déductible
Assistant dentaire (fédéral seulement)	_____	_____	_____	_____
Associé en psychologie	pas déductible	pas déductible	pas déductible	pas déductible
Audiologiste, Audioprothésiste	_____	_____	_____	_____
Chirurgien	_____	_____	_____	_____
Dentiste / Orthodontie / Denturologiste, prothésiste dentaire	_____	_____	_____	_____
Diététicien, diététiste, nutritionniste autorisée	_____	_____	_____	_____
Infirmier autorisé	_____	_____	_____	_____
Infirmier auxiliaire immatriculé/autorisé (Québec seulement)	_____	_____	_____	_____
Infirmier de cabinet dentiste	pas déductible	pas déductible	pas déductible	pas déductible
Inhalothérapeute	_____	_____	_____	_____
Massothérapeute	pas déductible	pas déductible	pas déductible	pas déductible
Médecin / Pédiatre / Pharmacien	_____	_____	_____	_____
Médicaments	_____	_____	_____	_____
Naturopathe (Québec seulement)	_____	_____	_____	_____
Opticien / Optométriste (Veuillez svp indiquer le coût de monture sur la ligne suivante)	_____	_____	_____	_____
Frais de monture de lunettes (les frais sont limités dans la déclaration du Québec)	_____	_____	_____	_____
Orthophoniste	_____	_____	_____	_____
Ostéopathes (Québec seulement)	_____	_____	_____	_____
Physiothérapeute / Chiropraticien / Ergothérapeute	_____	_____	_____	_____
Phytothérapeute (Québec seulement)	_____	_____	_____	_____
Podiatre	_____	_____	_____	_____
Podologue (Québec seulement)	_____	_____	_____	_____
Psychanalystes / <b>Psychothérapeute</b> (Québec seulement)	_____	_____	_____	_____
Psychologue	_____	_____	_____	_____

**FRAIS DIVERS** (SUITE)

**Fournissez les totaux par type de frais**

Nous garantissons le traitement fiscal approprié, mais pas les montants.  
N'inscrivez que la portion non remboursée par vos assurances.

Nom des personnes : \_\_\_\_\_

**Frais**

Psychothérapeute (Québec seulement)

Sexologue (Québec seulement)

Technicien de laboratoire médical et de radiologie (fédéral seulement)

Technicien ou Technologue dentaire

Thérapeutes conjugaux et familiaux (Québec seulement)

Travailleurs sociaux

Autres :

\_\_\_\_\_

GRAND TOTAL :

--	--	--	--

Signature : \_\_\_\_\_