



Centre médico-social régional  
de Monthey



AIDE ET SOINS A DOMICILE

## AUX PERSONNES CONCERNEES

PL/sr

Date du timbre postal

### Déduction pour aidants bénévoles

Madame, Monsieur,

Nous avons le plaisir de vous informer d'une modification de la loi fiscale cantonale qui permet, dès la prochaine taxation pour l'année 2013, aux personnes de votre entourage qui vous apportent un soutien régulier à domicile, de déduire un montant jusqu'à CHF 3'000.- dans leur déclaration fiscale.

Vous trouverez en annexe un exemplaire du formulaire d'attestation nécessaire pour justifier cette déduction destinée aux aidants bénévoles selon le nouvel article 31 al 1 let i de la loi fiscale.

Les conditions pour l'octroi de cette déduction sont:

- l'aide apportée à une personne âgée de 65 ans au moins ou d'une personne en situation de handicap bénéficiant d'une rente d'impotence moyenne ou grave
- l'aide est régulière
- l'aidant est bénévole
- l'état de handicap ou la maladie ainsi que l'aide apportée sont attestés par le médecin ou la personne de référence du centre médico-social
- l'aide apportée favorise le maintien à domicile

Lorsqu'il y a plusieurs aidants bénévoles, la déduction est partagée entre eux.

**Nous vous laissons le soin de remettre ce formulaire à la/aux personne/s de votre entourage concernée/s afin qu'elle/s le fasse/ent attester soit par votre médecin, soit par le CMS de votre région.**

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos meilleures salutations.

Philippe Lanini  
Directeur

**Annexe: ment.**

**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 ?  
 oui, depuis: \_\_\_\_\_  non  
 Une demande d'allocation pour impotent a-t-elle été déposée ?  
 oui  non  
 A quel degré d'impotence correspond l'allocation versée ?  
 faible  moyenne  grave

**Données relatives à l'impotence**

A défaut de prestations de tiers à la maison, le patient devrait-il séjourner dans un EMS ?  
 oui  non  
 Malgré les moyens auxiliaires, la personne âgée a-t-elle besoin, de manière régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir les actes ordinaires de la vie suivants ?

⇒ pour se lever, s'asseoir ou se coucher	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
⇒ pour se vêtir ou se dévêtir	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
⇒ pour les soins du corps	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
⇒ pour aller aux toilettes	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
⇒ pour manger	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
⇒ pour prendre des médicaments	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
⇒ pour se déplacer	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
⇒ pour entretenir des contacts sociaux	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Des soins permanents sont-ils nécessaires ?  
 de jour  de nuit  non  
 Une surveillance personnelle permanente est-elle nécessaire ?  
 de jour  de nuit  non

**Date, timbre et signature**

date: _____	date: _____
Signature(s) de(s) l'aidant(s) bénévole(s)	Timbre et signature du médecin ou du responsable du centre médico-social