



CANTON DU VALAIS
KANTON WALLIS

Département des finances et de l'énergie
Service cantonal des contributions
Section des personnes physiques

Departement für Finanzen und Energie
Kantonale Steuerverwaltung
Sektion der Natürlichen Personen

Période fiscale :
2021

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	Christine Savioz					
Adresse	Rue du Collège 18					
Domicile	1964 Conthey					
Date de naissance	03.11.1968					
Téléphone	079 655 93 74					
Informations sur la personne nécessitant des soins						
Nom:	<input type="checkbox"/> Madame	<input checked="" type="checkbox"/> Monsieur	Prénom:		Jérôme	
Adresse:	Bagnoud Rue Tsareire 27		Domicile :		1955 Chamoson	
Date de naissance	14.11.1963		N° tél. :		027 306 93 57	
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 checked="" type="checkbox"/> non						
Une demande d'allocation pour impotent a-t-elle été déposée ?						
<input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non						
A quel degré d'impotence correspond l'allocation versée ?						
<input type="checkbox"/> faible <input checked="" type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> grave						
Données relatives à l'impotence						
A défaut de prestations de tiers à la maison, le patient devrait-il séjourner dans un EMS ou en institution ?						
<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non						
Malgré les moyens auxiliaires, la personne âgée ou en situation de handicap 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 checked="" type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non		
⇒ pour se vêtir ou se dévêtir	<input checked="" type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non		
⇒ pour les soins du corps	<input checked="" type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non		
⇒ pour aller aux toilettes	<input type="checkbox"/>	oui	<input checked="" type="checkbox"/>	non		
⇒ pour manger	<input type="checkbox"/>	oui	<input checked="" type="checkbox"/>	non		
⇒ pour prendre des médicaments	<input type="checkbox"/>	oui	<input checked="" type="checkbox"/>	non		
⇒ pour se déplacer	<input type="checkbox"/>	oui	<input checked="" type="checkbox"/>	non		
⇒ pour entretenir des contacts sociaux	<input type="checkbox"/>	oui	<input checked="" type="checkbox"/>	non		
Des soins permanents sont-ils nécessaires ?						
<input type="checkbox"/> de jour <input type="checkbox"/> de nuit <input checked="" type="checkbox"/> non						
Une surveillance personnelle permanente est-elle nécessaire ?						
<input type="checkbox"/> de jour <input type="checkbox"/> de nuit <input checked="" 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.			