



Certificat pour le crédit d'impôt pour personnes handicapées

Utilisez ce formulaire pour demander le crédit d'impôt pour personnes handicapées (CIPH). L'ARC utilisera ces renseignements pour prendre une décision sur l'admissibilité au CIPH. Allez à « Renseignements généraux » à la page 6 pour en savoir plus.

Étape 1 – Remplissez et signez les sections de la partie A qui s'appliquent à vous.

Étape 2 – Demandez à un professionnel de la santé de remplir et d'attester la partie B.

Étape 3 – Envoyez le formulaire à l'Agence du revenu du Canada (ARC).

Partie A – À remplir par le contribuable

Section 1 – Renseignements sur la personne handicapée

Prénom et initiale	Nom de famille	Numéro d'assurance sociale
--------------------	----------------	----------------------------

Adresse postale (App – n° et rue, CP, RR)

Ville	Province ou territoire	Code postal	Date de naissance :	Année	Mois	Jour
-------	------------------------	-------------	---------------------	-------	------	------

Section 2 – Renseignements sur la personne qui demande le montant pour personnes handicapées (si différente de celle ci-dessus)

Prénom et initiale	Nom de famille	Numéro d'assurance sociale
--------------------	----------------	----------------------------

La personne handicapée est : mon époux/conjoint de fait la personne à ma charge (précisez) : _____

Répondez aux questions suivantes pour **toutes** les années où vous demandez le montant pour personnes handicapées pour cette personne.

1. La personne handicapée demeure-t-elle avec vous? Oui Non

Si **oui**, pour quelle(s) année(s)? _____

2. Si vous avez répondu **non** à la question 1, la personne handicapée dépend-elle de vous pour au moins un des besoins fondamentaux de façon régulière et constante (tels que la nourriture, le logement ou l'habillement)? Oui Non

Si **oui**, pour quelle(s) année(s)? _____

Donnez des précisions au sujet du soutien **régulier** et **constant** que vous fournissez à la personne handicapée concernant la nourriture, le logement et l'habillement (si vous avez besoin de plus d'espace, joignez une feuille séparée). Nous pourrions vous demander de nous fournir des reçus ou d'autres documents à l'appui afin de soutenir votre demande.

Section 3 – Modifier votre déclaration de revenus et de prestations

Lorsque l'admissibilité est approuvée, l'ARC peut modifier vos déclarations pour toutes les années applicables afin d'inclure le montant pour personnes handicapées pour **vous-même** ou la **personne à votre charge de moins de 18 ans**. Pour en savoir plus, consultez le guide RC4064, *Renseignements relatifs aux personnes handicapées*.

Oui, je veux que l'ARC modifie ma ou mes déclarations, si possible. Non, je ne veux pas de modification.

Section 4 – Autorisation

En tant que **personne handicapée** ou son **représentant légal**, j'autorise les actions suivantes :

- Le ou les professionnel(s) de la santé peuvent fournir les renseignements de leur dossiers médicaux à l'ARC ou discuter des renseignements de ce formulaire.
- L'ARC peut modifier mes déclarations, selon le cas, si la case « Oui » a été cochée à la section 3.

Signez ici :	Téléphone	Année	Mois	Jour
--------------	-----------	-------	------	------

Les renseignements personnels sont recueillis selon la *Loi de l'impôt sur le revenu* afin d'administrer les programmes fiscaux, de prestations et autres. Ils peuvent également être utilisés pour toute fin liée à l'application ou à l'exécution de la *Loi* telle que la vérification, l'observation et le recouvrement des sommes dues à l'État. Les renseignements peuvent être transmis à une autre institution gouvernementale fédérale, provinciale ou territoriale, ou vérifiés auprès de celles-ci, dans la mesure où la loi l'autorise. Cependant, le défaut de fournir ces renseignements pourrait entraîner des intérêts à payer, des pénalités ou d'autres mesures. Les particuliers ont le droit, selon la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, d'accéder à leurs renseignements personnels et de demander une modification, s'il y a des erreurs ou omissions. Consultez Info Source en allant à arc.gc.ca/gncy/tp/nfsrc/nfsrc-fra.html et le Fichier de renseignements personnels ARC PPU 218.

Nom du patient : _____

Partie B – À remplir par le professionnel de la santé

Étape 1 – Remplissez **seulement** la ou les sections des pages 2 à 4 qui s'appliquent à votre patient. Chaque catégorie indique quels professionnels de la santé peuvent attester les renseignements contenus dans cette partie.

Remarque

Que vous remplissiez ce formulaire pour un enfant ou un adulte, évaluez votre patient par rapport à une personne du même âge qui n'a pas de déficience.

Étape 2 – Remplissez les sections « **Effets de la déficience** », « **Durée** » et « **Attestation** » à la page 5. Si d'autres renseignements sont requis, l'Agence du revenu du Canada (ARC) pourrait communiquer avec vous.

L'admissibilité au CIPH est basée sur les effets de la déficience et non sur la condition médicale. Pour lire les définitions et obtenir des exemples de déficiences qui pourraient être admissibles au CIPH, consultez le guide RC4064, *Renseignements relatifs aux personnes handicapées*. Pour en savoir plus, allez à arc.gc.ca/professionnelssanteciph.

Voir – Médecin ou optométriste

Votre patient est considéré **aveugle** si, même avec des lentilles correctrices et des médicaments, selon le cas :

- l'acuité visuelle de ses **deux** yeux est de 20/200 (6/60) ou moins sur la carte Snellen (ou l'équivalent);
- le plus grand diamètre du champ de vision de ses **deux** yeux est de 20 degrés ou moins.

1. Votre patient est-il **aveugle**, tel que décrit ci-dessus?

Oui Non

Si **oui**, en quelle année votre patient est-il devenu aveugle (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)?

Année

--	--	--	--	--

œil droit œil gauche

2. Quelle est l'acuité visuelle de votre patient **après correction**?

3. Quel est le champ de vision de votre patient **après correction** (en degrés si possible)?

Parler – Médecin ou orthophoniste

Votre patient est considéré comme étant **limité de façon marquée** dans sa capacité de parler si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés, il répond aux deux critères suivants :

- il est **incapable** ou il prend un **temps excessif** pour parler de façon à se faire comprendre par une personne de sa connaissance, dans un endroit calme;
- c'est le cas **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps).

Votre patient est-il **limité de façon marquée** dans sa capacité de parler, tel que décrit ci-dessus?

Oui Non

Si **oui**, en quelle année votre patient est-il devenu limité de façon marquée dans sa capacité de parler (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)?

Année

--	--	--	--	--

Entendre – Médecin ou audiologiste

Votre patient est considéré comme étant **limité de façon marquée** dans sa capacité d'entendre si, même avec des appareils appropriés, il répond aux deux critères suivants :

- il est **incapable** ou il prend un **temps excessif** pour entendre de façon à comprendre une personne de sa connaissance, dans un endroit calme;
- c'est le cas **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps).

Votre patient est-il **limité de façon marquée** dans sa capacité d'entendre, tel que décrit ci-dessus?

Oui Non

Si **oui**, en quelle année votre patient est-il devenu limité de façon marquée dans sa capacité d'entendre (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)?

Année

--	--	--	--	--

Marcher – Médecin, ergothérapeute ou physiothérapeute

Votre patient est considéré comme étant **limité de façon marquée** dans sa capacité de marcher si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés, il répond aux deux critères suivants :

- il est **incapable** ou il prend un **temps excessif** pour marcher;
- c'est le cas **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps).

Votre patient est-il **limité de façon marquée** dans sa capacité de marcher, tel que décrit ci-dessus?

Oui Non

Si **oui**, en quelle année votre patient est-il devenu limité de façon marquée dans sa capacité de marcher (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)?

Année

--	--	--	--	--

Nom du patient : _____

Évacuer (fonctions intestinales ou vésicales) – Médecin

Votre patient est considéré comme étant **limité de façon marquée** dans sa capacité d'évacuer si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés, il répond aux deux critères suivants :

- il est **incapable** ou il prend un **temps excessif** pour s'occuper lui-même de ses fonctions intestinales ou vésicales;
- c'est le cas **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps).

Votre patient est-il **limité de façon marquée** dans sa capacité d'évacuer, tel que décrit ci-dessus? Oui Non

Si **oui**, en quelle année votre patient est-il devenu limité de façon marquée dans sa capacité d'évacuer (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)?

Année
|_|_|_|_|

Se nourrir – Médecin ou ergothérapeute

Votre patient est considéré comme étant **limité de façon marquée** dans sa capacité de se nourrir si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés, il répond aux deux critères suivants :

- il est **incapable** ou il prend un **temps excessif** pour se nourrir lui-même;
- c'est le cas **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps).

Se nourrir **n'inclut pas** d'identifier, de chercher, d'acheter ou de se procurer de la nourriture.

Se nourrir **inclut** la préparation de la nourriture, **sauf** lorsqu'elle est liée à des restrictions alimentaires ou à une diète, même lorsque ces restrictions alimentaires ou cette diète sont dues à une maladie ou à une condition médicale.

Votre patient est-il **limité de façon marquée** dans sa capacité de se nourrir, tel que décrit ci-dessus? Oui Non

Si **oui**, en quelle année votre patient est-il devenu limité de façon marquée dans sa capacité de se nourrir (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)?

Année
|_|_|_|_|

S'habiller – Médecin ou ergothérapeute

Votre patient est considéré comme étant **limité de façon marquée** dans sa capacité de s'habiller si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés, il répond aux deux critères suivants :

- il est **incapable** ou il prend un **temps excessif** pour s'habiller lui-même;
- c'est le cas **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps).

S'habiller **n'inclut pas** d'identifier, de chercher, d'acheter ou de se procurer des vêtements.

Votre patient est-il **limité de façon marquée** dans sa capacité de s'habiller, tel que décrit ci-dessus? Oui Non

Si **oui**, en quelle année votre patient est-il devenu limité de façon marquée dans sa capacité de s'habiller (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)?

Année
|_|_|_|_|

Fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante – Médecin ou psychologue

Votre patient est considéré comme étant **limité de façon marquée** dans sa capacité d'effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante (décrites ci-dessous) si, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils (par exemple, les aide-mémoire et les aides à l'adaptation) et de médicaments appropriés, il répond aux deux critères suivants :

- il est **incapable** ou il prend un **temps excessif** pour effectuer lui-même ces fonctions;
- c'est le cas **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps).

Les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante comprennent :

- l'apprentissage fonctionnel à l'autonomie (par exemple, les fonctions qui touchent les soins personnels, la santé et la sécurité, les aptitudes à initier et répondre aux interactions sociales et les transactions simples et ordinaires);
- la mémoire (par exemple, la capacité de se souvenir d'instructions simples, de renseignements personnels, tels que son nom et son adresse, ou de sujets d'importance ou d'intérêt);
- la résolution de problèmes, l'atteinte d'objectifs **et** le jugement, pris dans leur ensemble (par exemple, la capacité de résoudre des problèmes, d'établir et d'atteindre des objectifs, de prendre des décisions et de porter des jugements appropriés).

Remarque

Une limitation concernant la résolution de problèmes, l'atteinte d'objectifs ou le jugement qui limite de façon marquée l'apprentissage fonctionnel à l'autonomie, toujours ou presque toujours (au moins 90 % du temps), serait admissible.

Votre patient est-il **limité de façon marquée** dans sa capacité d'effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante, tel que décrit ci-dessus? Oui Non

Si **oui**, en quelle année votre patient est-il devenu limité de façon marquée dans sa capacité d'effectuer les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)?

Année
|_|_|_|_|

Nom du patient : _____

Soins thérapeutiques essentiels – Médecin

Les soins thérapeutiques essentiels pour votre patient doivent répondre aux **deux** critères suivants :

- votre patient a besoin de ces soins thérapeutiques essentiels pour maintenir une fonction vitale, même si ces soins soulagent ses symptômes;
- votre patient a besoin de ces soins thérapeutiques au moins 3 fois par semaine, pour une moyenne d'au moins 14 heures par semaine.

Le critère des 14 heures par semaine

Incluez seulement le temps que votre patient doit consacrer à la thérapie, c'est-à-dire qu'il doit interrompre ses activités normales et quotidiennes afin de la suivre.

Si un enfant ne peut pas faire les activités liées à la thérapie en raison de son âge, **incluez** le temps consacré par les principaux responsables des soins de l'enfant à faire et à surveiller ces activités.

N'incluez pas le temps que prend un appareil portatif ou implanté pour administrer les soins thérapeutiques, le temps consacré à des activités liées à l'observation d'une diète ou au respect de certaines restrictions alimentaires (comme le calcul des glucides) ou l'exercice physique (même lorsque ces activités sont des facteurs dans le calcul de la dose quotidienne de médicaments), le temps de déplacement, les rendez-vous médicaux (autres que les rendez-vous lors desquels votre patient suit la thérapie), le temps passé à l'achat de médicament ou le temps de récupération après les soins thérapeutiques.

1. Votre patient a-t-il besoin de ces soins thérapeutiques **pour maintenir une fonction vitale**? Oui Non
2. Votre patient a-t-il besoin de ces soins thérapeutiques au moins **3 fois par semaine**? Oui Non
3. Votre patient a-t-il besoin de ces soins thérapeutiques au moins **14 heures par semaine**? Oui Non

Si **oui**, en quelle année les soins thérapeutiques de votre patient ont-ils commencé à remplir ces critères (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)?

Année

--	--	--	--	--

Il est **obligatoire** que vous décriviez en quoi les soins thérapeutiques répondent aux critères énoncés ci-dessus. Si vous avez besoin de plus d'espace, joignez une feuille séparée que vous avez signée.

Effet cumulatif des limitations considérables – Médecin ou ergothérapeute

Remarque : Les ergothérapeutes peuvent seulement attester les limitations pour marcher, se nourrir et s'habiller.

Répondez à **toutes** les questions ci-dessous pour attester l'effet cumulatif des limitations de votre patient.

1. Même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés, votre patient est-il **limité considérablement** par sa déficience, sans être **limité de façon marquée**, dans **deux** ou plusieurs activités courantes de la vie quotidienne ou dans la capacité de **voir** et dans **une** ou plusieurs activités courantes de la vie quotidienne? Oui Non

Si **oui**, cochez au moins **deux** cases qui s'appliquent à votre patient.

- | | | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> voir | <input type="checkbox"/> parler | <input type="checkbox"/> entendre | <input type="checkbox"/> marcher |
| <input type="checkbox"/> évacuer (fonctions intestinales ou vésicales) | <input type="checkbox"/> se nourrir | <input type="checkbox"/> s'habiller | <input type="checkbox"/> fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante |

Remarque

Vous **ne pouvez pas** inclure le temps passé à recevoir des soins thérapeutiques essentiels.

2. Ces limitations sont-elles présentes **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps) en même temps? Oui Non
3. L'effet cumulatif de ces limitations considérables correspond-il à être **limité de façon marquée** dans **une** activité courante de la vie quotidienne? Oui Non
4. Quand l'effet cumulatif décrit ci-dessus a-t-il commencé (il ne s'agit pas nécessairement de la même année où le diagnostic a été posé, comme dans le cas des maladies progressives)?

Année

--	--	--	--	--

Nom du patient : _____

Effets de la déficience – Obligatoire

Les effets de la déficience de votre patient sont ceux qui font qu'il est **toujours ou presque toujours** (au moins 90 % du temps) limité, même à l'aide de soins thérapeutiques, d'appareils et de médicaments appropriés.

Remarque

Le travail, les travaux ménagers, la gestion d'un compte bancaire et les activités sociales ou récréatives **ne sont pas** considérés comme des activités courantes de la vie quotidienne. Les activités courantes de la vie quotidienne comprennent marcher, parler, entendre, s'habiller, se nourrir, l'évacuation intestinale ou vésicale, et les fonctions mentales nécessaires aux activités de la vie courante.

Il est **obligatoire** que vous décriviez les effets de la déficience de votre patient sur sa capacité de faire **chacune** des activités courantes de la vie quotidienne que vous avez indiquée comme étant « limitée de façon marquée » ou « limitée considérablement ». Si vous avez besoin de plus d'espace, joignez une feuille séparée que vous avez signée. Vous pouvez inclure des copies de rapports médicaux, d'examen diagnostiques ou de tout autre renseignement médical, au besoin.

Durée – Obligatoire

La déficience de votre patient a-t-elle duré ou est-il raisonnable de s'attendre à ce qu'elle dure au moins 12 mois consécutifs? Pour les patients décédés, était-il raisonnable de s'attendre à ce que la déficience dure au moins 12 mois consécutifs? Oui Non

Si **oui**, la déficience s'est-elle améliorée, ou peut-on s'attendre à ce qu'elle s'améliore, de sorte que le patient ne soit plus aveugle, limité de façon marquée, n'ait plus besoin de soins thérapeutiques essentiels ou n'ait plus l'équivalent d'une limitation marquée à cause de l'effet cumulatif des limitations considérables? Incertain Oui Non

Si **oui**, indiquez l'année de l'amélioration réelle ou prévue. Année

Attestation – Obligatoire

1. Pour quelle(s) année(s) avez-vous été le professionnel de la santé traitant de votre patient? _____
 2. Avez-vous des renseignements au dossier à l'appui de la ou des limitations pour chaque année que vous avez attestées sur ce formulaire? Oui Non

Cochez la case qui s'applique à vous :

- | | | | |
|---|---------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Médecin | <input type="checkbox"/> Optométriste | <input type="checkbox"/> Ergothérapeute | <input type="checkbox"/> Audiologiste |
| <input type="checkbox"/> Physiothérapeute | <input type="checkbox"/> Psychologue | <input type="checkbox"/> Orthophoniste | |

En tant que **professionnel de la santé**, j'atteste que les renseignements fournis dans la partie B de ce formulaire sont exacts et complets. Je comprends que l'ARC utilisera ces renseignements pour prendre une décision sur l'admissibilité de mon patient au CIPH.

Signez ici : _____
Faire une fausse déclaration constitue une infraction grave.

Adresse

Nom (en lettres moulées)

Date :	Année	Mois	Jour	Téléphone

Renseignements généraux

Qu'est-ce que le CIPH?

Le crédit d'impôt pour personnes handicapées (CIPH) est un crédit d'impôt non remboursable qui aide les personnes handicapées et leurs aidants à réduire l'impôt sur le revenu qu'ils pourraient avoir à payer. Le montant pour personnes handicapées pourrait être demandé une fois que la personne handicapée est admissible au CIPH. Ce montant comprend un supplément pour une personne ayant moins de 18 ans à la fin de l'année. Être admissible à ce crédit pourrait vous permettre d'accéder à d'autres programmes.

Pour en savoir plus, allez à arc.gc.ca/ciph ou consultez le guide RC4064, *Renseignements relatifs aux personnes handicapées*.

Êtes-vous admissible?

Vous êtes admissible au CIPH seulement si nous approuvons votre demande. En utilisant ce formulaire, un professionnel de la santé doit indiquer et attester que vous avez une déficience grave et prolongée et en décrire les effets.

Pour savoir si vous **pourriez être admissible** au CIPH, remplissez le questionnaire d'auto-évaluation dans le guide RC4064, *Renseignements relatifs aux personnes handicapées*. Si nous vous avons déjà informé que vous êtes admissible, n'envoyez pas un autre formulaire à moins que la période d'approbation précédente soit terminée ou que nous vous demandions de le faire. **Vous devriez nous aviser si votre condition médicale s'améliore.**

Vous **n'êtes pas** nécessairement admissible au CIPH malgré que vous recevez une prestation d'invalidité du Régime de pensions du Canada ou du Régime des rentes du Québec, des indemnités pour accident de travail ou d'autres genres de prestations d'assurance ou d'invalidité. Ces régimes servent à d'autres fins et ont d'autres critères, comme l'incapacité à travailler.

Vous pouvez envoyer le formulaire à n'importe quel moment de l'année. En envoyant votre formulaire avant de produire votre déclaration de revenus et de prestations, vous pouvez éviter des retards dans la cotisation de votre déclaration. Nous examinerons votre formulaire avant d'établir la cotisation de votre déclaration. Conservez une copie dans vos dossiers.

Frais – Vous êtes responsable de tous les frais exigés par le professionnel de la santé pour remplir ce formulaire ou pour nous fournir plus de renseignements. Vous pourriez les demander comme frais médicaux à la ligne 330 ou à la ligne 331 de votre déclaration de revenus et de prestations.

Qu'arrive-t-il une fois le formulaire T2201 envoyé?

Une fois que nous avons reçu le formulaire T2201, nous examinerons votre demande. Nous vous enverrons un avis de détermination pour vous informer de notre décision. Notre décision est basée sur les renseignements donnés par le professionnel de la santé. Si votre demande est refusée, nous expliquerons pourquoi dans l'avis de détermination. Pour en savoir plus, consultez le guide RC4064, *Renseignements relatifs aux personnes handicapées*, ou allez à arc.gc.ca/ciph.

Où devez-vous envoyer ce formulaire?

Envoyez votre formulaire à l'Unité du crédit d'impôt pour personnes handicapées de votre centre fiscal. Utilisez le tableau ci-dessous pour en connaître l'adresse.

Si votre bureau des services fiscaux est situé aux endroits suivants :	Envoyez votre correspondance à l'adresse suivante :
Alberta, Colombie-Britannique, London, Manitoba, Regina, Saskatoon, Territoires du Nord-Ouest, Thunder Bay, Windsor et Yukon	Centre fiscal de Winnipeg 66, chemin Stapon Winnipeg MB R3C 3M2
Barrie, Kingston, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Peterborough, St. Catharines, Sudbury (la région de Sudbury/Nickel Belt seulement), Terre-Neuve-et-Labrador, Toronto Centre, Toronto Est, Toronto Nord et Toronto Ouest	Centre fiscal de Sudbury CP 20000, succursale A Sudbury ON P3A 5C1
Laval, Montréal, Nunavut, Ottawa, Rouyn-Noranda, Sherbrooke et Sudbury (sauf la région de Sudbury/Nickel Belt)	Centre fiscal de Shawinigan-Sud 4695, boulevard de Shawinigan-Sud Shawinigan QC G9P 5H9
Chicoutimi, Montérégie-Rive-Sud, Outaouais, Québec, Rimouski et Trois-Rivières	Centre fiscal de Jonquière 2251, boulevard René-Lévesque Jonquière QC G7S 5J2
Belleville, Hamilton, Île-du-Prince-Édouard et Kitchener/Waterloo	Centre fiscal de l'Île-du-Prince-Édouard 275, chemin Pope Summerside PE C1N 6A2
Bureau des services fiscaux international et d'Ottawa (résidents réputés, non-résidents, nouveaux arrivants ou résidents de retour au Canada)	Bureau des services fiscaux international et d'Ottawa CP 9769, succursale T Ottawa ON K1G 3Y4 CANADA

Avez-vous besoin d'aide?

Si vous voulez plus de renseignements après avoir lu ce formulaire, allez à arc.gc.ca/ciph ou composez le **1-800-959-7383**.

Formulaires et publications

Pour obtenir nos formulaires et publications, allez à arc.gc.ca/formulaires ou composez le **1-800-959-7383**.