

Nom-s : \_\_\_\_\_ Prénom-s : \_\_\_\_\_ No de contribuable : \_\_\_\_\_  
Conjoint-e: \_\_\_\_\_ Prénom-s : \_\_\_\_\_

**Frais de handicap supportés par le contribuable en 2025**

**1. Déduction forfaitaire**

- a) Sourd-e-s Fr. 2'500.-- (perte totale de l'ouïe) \_\_\_\_\_  
b) Insuffisants rénaux nécessitant une dialyse Fr. 2'500.-- \_\_\_\_\_  
c) Bénéficiaires d'une allocation pour impotence Fr. 2'500.-- faible / Fr. 5'000.-- moyenne / Fr. 7'500.-- grave \_\_\_\_\_

**2. Dépenses effectives**

Objet des dépenses	Montant brut	Remboursement	Montant net	Montant net
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
<b>Total:</b>			_____	_____

**A déduire**

Les montants versés par les assurances maladies et sociales (prestations complémentaires) \_\_\_\_\_  
**Montants à additionner et à porter en déduction sous le code 550 de la déclaration d'impôt** \_\_\_\_\_

**Frais de maladie facturés ou faisant l'objet d'un décompte durant l'année 2025**

**1. Déduction forfaitaire**

Coeliakie Fr. 2'500.-- \_\_\_\_\_  
Mucoviscidose Fr. 2'500.-- \_\_\_\_\_

**2. Dépenses effectives (dentiste, opticien, home, divers)**

Objet des dépenses	Montant brut	Remboursement	Montant net	Montant net
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

**3. Participations et franchises, selon décomptes des caisses-maladie (médecin, hôpital)**

_____	_____
_____	_____
_____	_____
<b>Total:</b>	_____

**A déduire**

Les montants versés par les assurances maladies et sociales (prestations complémentaires) \_\_\_\_\_  
**Montants à additionner et à porter en déduction sous code 570 de la déclaration d'impôt** \_\_\_\_\_

