
Formulaire à utiliser uniquement pour les demandes en 2020

**Présentez votre demande dûment remplie à l'institution financière
qui administre votre compte immobilisé.**

Ne la présentez pas à l'Autorité ontarienne de réglementation des services financiers (ARSF).

- Dans le présent formulaire, le terme « Loi » désigne la *Loi sur les régimes de retraite, L.R.O. 1990, c. P.8.*, et « Règlement » désigne le Règlement 909, R.R.O. 1990.
- Veuillez lire le Guide de l'utilisateur pour vous assurer que la demande est remplie entièrement et correctement.
- La présente demande n'est utilisable que pour des fonds détenus dans votre compte immobilisé qui ont été gagnés en Ontario.

Le présent formulaire est à utiliser pour demander le retrait de fonds d'un compte de retraite avec immobilisation des fonds, d'un fonds de revenu viager ou d'un fonds de revenu de retraite immobilisé de l'Ontario (appelés ci-après « compte immobilisé ») en cas de difficultés financières pour des frais médicaux liés à une maladie ou une incapacité physique dont est atteinte l'une des personnes suivantes :

- le titulaire du compte ou du fonds;
- le conjoint du titulaire;
- une personne à charge du titulaire ou du conjoint du titulaire.

y compris les frais engagés pour la rénovation ou la transformation de la résidence principale du titulaire, ou de la résidence principale d'une personne à charge du titulaire ou d'une personne à charge du conjoint du titulaire, lorsque ces frais sont rendus nécessaires par une maladie ou une incapacité physique.

Vous ne pouvez demander le retrait de fonds de ce compte immobilisé dans la catégorie liée aux frais médicaux et à la rénovation d'une résidence principale qu'une seule fois par année civile relativement à une personne donnée.

Vous devez demander le retrait d'au moins 500 \$, et ne pouvez retirer une somme supérieure au montant maximum autorisé par le Règlement.

Si votre demande est approuvée, les fonds vous seront versés en une somme forfaitaire. Les fonds ne peuvent pas vous être versés selon un échéancier différent ni être transférés à un régime enregistré d'épargne-retraite (REER) ou à un fonds enregistré de revenu de retraite (FERR). De plus, tout montant que vous retirez de votre compte ne pourra pas être reversé ultérieurement à un compte immobilisé, quel qu'il soit.

Veillez noter que le montant dont le retrait est approuvé sera réduit en fonction du montant d'impôt devant être retenu. D'autres montants pourraient également être déduits. Vous devriez demander à votre institution financière une estimation du montant qui sera déduit avant de décider du total dont vous souhaitez demander le retrait, mais vous ne pouvez pas demander le retrait d'une somme supérieure au montant maximum autorisé par le Règlement.

Tout retrait de fonds de votre compte immobilisé peut également avoir des répercussions sur votre admissibilité à certaines prestations gouvernementales. Pour en savoir davantage, communiquez avec le ministère ou l'organisme gouvernemental qui verse ces prestations.

Les fonds retirés d'un compte immobilisé de l'Ontario perdent la protection contre les créanciers prévue par la Loi et le Règlement. De plus, tout retrait effectué à partir de votre compte immobilisé réduira le montant du revenu de retraite que vous percevez ou percevrez à l'avenir.

Ce formulaire, y compris les renseignements, signatures et documents à l'appui requis, est exigé par le Règlement, l'Annexe 1, l'Annexe 1.1, l'Annexe 2 ou l'Annexe 3 du Règlement, selon le cas.

Remarque : En vertu de la législation sur la protection de la vie privée, votre institution financière a l'obligation de vous informer des fins auxquelles les renseignements personnels sont collectés, utilisés ou divulgués. Votre institution financière et ses représentants doivent respecter toutes les exigences applicables en matière de protection de la vie privée pour ce qui a trait aux renseignements exigés dans la présente demande.

Partie 1 - Renseignements sur le titulaire du compte immobilisé de l'Ontario

1. Fournissez les renseignements suivants à votre sujet

Nom de famille	Prénom	Deuxième prénom	Date de naissance (aaaa/mm/jj)
----------------	--------	-----------------	--------------------------------

Adresse postale

Numéro de local	Numéro de la rue	Nom de la rue	
Ville	Province ou État	Code postal	Pays
Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur	Adresse courriel	

2. Donnez les renseignements suivants concernant le compte immobilisé de l'Ontario dont vous êtes titulaire et auquel s'applique votre demande de retrait de fonds.

Nom de l'institution financière et numéro de contrat ou de compte de votre compte immobilisé de l'Ontario

3. Veuillez consulter le Guide de l'utilisateur pour connaître la définition du terme « conjoint » aux termes de la Loi. Si vous avez un conjoint à la date où vous signez la présente demande, donnez les renseignements suivants sur votre conjoint :

Nom de famille	Prénom	Deuxième prénom	Date de naissance (aaaa/mm/jj)
----------------	--------	-----------------	--------------------------------

Cochez cette case si l'adresse postale du conjoint est la même que votre adresse postale ou indiquez les renseignements suivants :

Numéro de local	Numéro de la rue	Nom de la rue	
Ville	Province ou État	Code postal	Pays

Cochez cette case si le numéro de contact du conjoint est le même que votre numéro de contact ou indiquez les renseignements suivants :

Numéro de contact du conjoint

Partie 2 - Frais médicaux (y compris les frais de rénovation)

Les frais médicaux incluent ceux relatifs à des produits et services de nature médicale ou dentaire, et :

- les frais engagés ou à engager pour la rénovation ou la transformation de la résidence principale du titulaire ou d'une personne à sa charge;
- ainsi que tous frais supplémentaires réellement engagés dans la construction d'une résidence principale que rend nécessaires la maladie ou l'incapacité physique du titulaire, du conjoint du titulaire ou d'une personne à charge du titulaire ou de son conjoint.

Vous ne pouvez pas présenter de demande pour des frais de rénovation concernant la résidence principale de votre conjoint si cette résidence est différente de la vôtre.

Si vous présentez une demande en raison de frais médicaux pour le traitement de plusieurs personnes, vous devez remplir une demande séparée pour chaque personne, et le médecin ou le dentiste doit remplir sa déclaration relativement à cette personne.

1. Qui est atteint de la maladie ou de l'incapacité physique?

La personne qui présente la maladie ou l'incapacité physique doit être l'une des personnes suivantes (veuillez cocher l'une des cases suivantes) :

- vous-même
 votre conjoint
 une personne à votre charge ou à la charge de votre conjoint (veuillez consulter le Guide de l'utilisateur)

Si vous avez coché la case « une personne à votre charge ou à la charge de votre conjoint », veuillez donner les renseignements suivants concernant la personne à charge :

Nom de famille de la personne à charge	Prénom	Deuxième prénom	Date de naissance (aaaa/mm/jj)
--	--------	-----------------	--------------------------------

Cochez cette case si l'adresse postale de la personne à charge est la même que votre adresse postale ou indiquez les renseignements suivants :

Numéro de local	Numéro de la rue	Nom de la rue	
Ville	Province ou État	Code postal	Pays

Cochez cette case si le numéro de contact de la personne à charge est le même que votre numéro de contact ou indiquez les renseignements suivants :

Numéro de contact de la personne à charge

2. Outre la présente demande, avez-vous présenté à n'importe quel moment en 2020 une demande de retrait de fonds de ce compte immobilisé en raison de frais médicaux pour la personne indiquée dans la présente demande?

- Oui Non

Si vous avez répondu « Oui », vous ne pouvez pas présenter cette année de nouvelle demande pour frais médicaux concernant cette personne à partir de ce compte. Vous devez attendre jusqu'en 2021 pour présenter une demande relevant de cette catégorie et utiliser alors le formulaire de demande 2021.

Suite de la Partie 2 à la page suivante

3. Quel est le montant maximum que vous pouvez retirer?

Le montant maximum que vous pouvez retirer est le moins élevé des montants suivants :

a) 50 p. 100 du maximum des gains annuels ouvrant droit à pension (MGAP) pour 2020, à savoir :

29 350,00 \$

Et

b) La somme :

(i) du montant des frais médicaux déjà engagés pour la personne indiquée dans la présente demande et

(ii) du montant estimatif total des frais médicaux prévus pendant 12 mois après la date de signature de la présente demande. Ce montant estimatif devrait inclure les frais relatifs à toute rénovation de la résidence principale du demandeur ou de la personne à charge qui a été ou sera réalisée et qui est rendue nécessaire par la maladie ou l'incapacité physique :

\$

c) Inscrivez le montant le moins élevé entre 3a et 3b – c'est le montant maximum que vous pouvez retirer.

\$

4. Quel montant demandez-vous à retirer de ce compte immobilisé?

\$

Veillez noter que vous ne pouvez pas demander le retrait d'un montant :

- supérieur au solde de votre compte immobilisé;
- supérieur au montant maximum que vous êtes autorisé à retirer (case 3c);
- inférieur à 500 \$.

Remarque : Si votre demande est approuvée, le montant que vous avez demandé à retirer sera réduit par une retenue d'impôt à la source et la déduction de tout autre montant supplémentaire applicable.

5. Quelle résidence principale a été rénovée, ou le sera?

Il faut que la résidence principale soit :

- votre résidence principale, située à l'adresse ci-dessous :
- la résidence principale de la personne à votre charge ou à la charge de votre conjoint, située à l'adresse ci-dessous :

Numéro de local	Numéro de la rue	Nom de la rue	
Ville	Province ou État	Code postal	Pays

Autres documents exigés :

Une déclaration concernant les frais médicaux doit être signée et datée par un médecin ou un dentiste titulaire d'un permis l'autorisant à exercer la médecine ou la dentisterie, selon le cas, au Canada, et doit être jointe à la présente demande. Le médecin ou le dentiste doit remplir la Partie 5 de la demande ou fournir une lettre contenant les renseignements requis. Certains professionnels tels les chiropraticiens et les physiothérapeutes ne sont pas reconnus comme des médecins pour les besoins du remplissage de la Partie 5 de la demande ou de la fourniture d'une lettre contenant les renseignements requis. Veuillez consulter le Guide de l'utilisateur pour en savoir plus à ce sujet.

Vous devez joindre des copies des reçus ou des devis correspondant au montant total des frais médicaux sur lesquels porte la demande (c.-à-d. les biens et services achetés ou à acheter pour traiter la maladie ou l'incapacité physique de la personne). Veuillez consulter le Guide de l'utilisateur pour en savoir plus à ce sujet.

Partie 3 - Attestation du titulaire du compte immobilisé

Veillez consulter le Guide de l'utilisateur avant de remplir l'attestation.

La présente attestation ne sera pas valide pour les besoins de la demande si la date indiquée remonte à plus de 60 jours de la date à laquelle l'institution financière qui administre votre compte immobilisé de l'Ontario reçoit la présente demande dûment remplie.

Attestation

Je suis le titulaire du compte immobilisé précisé à la Partie 1 de cette demande. Par la présente, je demande le retrait, à partir du compte immobilisé, du montant précisé à la Partie 2 de la demande. Je comprends que le montant approuvé sera réduit par une retenue d'impôt à la source payable sur les fonds retirés du compte, ainsi que de tout montant supplémentaire pouvant être déduit par mon institution financière.

J'atteste que, à la date de la signature de cette attestation : (cochez une seule case ci-dessous)

- j'ai un conjoint*, et celui-ci consent au retrait des fonds du compte immobilisé.
(Si vous cochez cette case, votre conjoint doit remplir la Partie 4 de la présente demande.)
- j'ai un conjoint*, mais à la date de la signature de cette attestation, je vis séparé(e) de mon conjoint en raison de la rupture de notre relation maritale.
- j'ai un conjoint*, mais les fonds détenus dans mon compte immobilisé ne proviennent en aucun cas, directement ou indirectement, d'une prestation de retraite se rapportant à mon emploi passé ou présent. (Consultez le Guide de l'utilisateur pour obtenir des explications et des exemples.)
- je n'ai pas de conjoint*.

J'atteste également que :

- (a) tous les renseignements figurant dans la présente demande et dans les documents qui l'accompagnent sont exacts et complets;
- (b) je n'ai pas déjà présenté en 2020 de demande de retrait de fonds de ce compte immobilisé en raison de frais médicaux relativement à la personne indiquée à la Partie 2.

Je comprends ce qui suit :

- (a) l'argent retiré du compte immobilisé n'est plus exempt d'exécution, de saisie ou de saisie-arrêt par des personnes comme des créanciers en vertu de l'article 66 de la *Loi sur les régimes de retraite* de l'Ontario;
- (b) le fait de fournir des renseignements inexacts ou incomplets dans la présente demande est une infraction au titre de la *Loi sur les régimes de retraite* de l'Ontario, punissable d'une amende maximum de 100 000 \$ pour une première déclaration de culpabilité et d'une amende maximum de 200 000 \$ pour une déclaration subséquente;
- (c) en outre, le fait de créer ou d'utiliser sciemment un faux document dans l'intention de le présenter comme étant un document authentique est une infraction criminelle au titre du *Code criminel* fédéral, punissable sur déclaration de culpabilité d'un emprisonnement maximum de 10 ans.

*Veillez consulter le Guide de l'utilisateur pour connaître la définition du terme « conjoint » aux termes de la *Loi sur les régimes de retraite* de l'Ontario.

Le titulaire du compte immobilisé doit signer cette attestation en présence d'un témoin adulte.

Signature du titulaire	Signature du témoin	Date de la signature (aaaa/mm/jj)
------------------------	---------------------	--------------------------------------

Renseignements sur le témoin

Nom de famille	Prénom	Deuxième prénom
----------------	--------	-----------------

Partie 4 - Consentement au retrait du conjoint du titulaire

Il faut remplir cette partie **uniquement** si le titulaire du compte immobilisé atteste, dans la Partie 3 de la présente demande, qu'il a un conjoint qui consent au retrait de l'argent de ce compte. Il est interdit au titulaire du compte immobilisé de remplir cette partie.

Si vous êtes le conjoint du titulaire du compte immobilisé et si on vous demande de consentir à la présente demande de retrait de fonds du compte du titulaire, nous vous recommandons de vous faire conseiller par un avocat à propos de vos droits et des conséquences juridiques de la signature du consentement ci-dessous. Rien ne vous oblige à signer ce consentement.

Si vous souhaitez consentir au retrait, veuillez lire le Consentement ci-dessous. Si vous estimez qu'il décrit bien votre situation, veuillez alors, **en présence d'un témoin (un adulte autre que le titulaire du compte immobilisé)**, apposer votre signature, inscrire la date et fournir les renseignements demandés, et demandez ensuite au témoin de signer le consentement.

L'attestation ne sera pas valide aux fins de la présente demande si la date indiquée remonte à plus de 60 jours de la date à laquelle l'institution financière la reçoit.

Consentement

Je suis le conjoint du titulaire du compte immobilisé indiqué à la Partie 1 de la présente demande.

Je comprends ce qui suit :

- (a) le titulaire présente une demande de retrait de fonds du compte immobilisé, et il ne peut pas effectuer un tel retrait sans mon consentement;
- (b) tant que ces fonds restent à l'actif du compte immobilisé, je peux avoir droit à une part de ces fonds en cas de rupture de notre union ou de décès du titulaire;
- (c) si des sommes sont retirées du compte immobilisé, je risque de perdre les droits que j'ai à une part des fonds retirés.

Je consens à la demande, présentée par le titulaire, de retirer des fonds du compte immobilisé.

Je donne mon consentement en signant et en datant ce consentement en présence d'un témoin.

Le conjoint du titulaire du compte immobilisé doit signer ce consentement en présence du témoin.

Signature du conjoint du titulaire	Signature du témoin	Date de la signature (aaaa/mm/jj)
------------------------------------	---------------------	--------------------------------------

Renseignements sur le conjoint

Nom de famille	Prénom	Deuxième prénom
----------------	--------	-----------------

Renseignements sur le témoin

Nom de famille	Prénom	Deuxième prénom
----------------	--------	-----------------

Partie 5 - Déclaration d'un médecin ou d'un dentiste

Vous devez fournir une déclaration signée par un médecin ou un dentiste titulaire d'un permis l'autorisant à exercer la médecine ou la dentisterie, selon le cas, au Canada. Le médecin ou le dentiste doit indiquer que, à son avis, les frais médicaux qui font l'objet de la demande sont ou étaient nécessaires pour traiter la maladie ou l'incapacité physique de la personne en question ou que les rénovations d'une résidence principale sont ou étaient rendues nécessaires par la maladie ou l'incapacité physique de la personne. Pour satisfaire cette exigence, il faut qu'un médecin ou dentiste remplisse cette partie ou que soit fourni un document séparé signé et daté par le médecin ou le dentiste et contenant tous les renseignements requis dans cette partie.

Il est interdit au titulaire du compte immobilisé de remplir cette partie.

Si vous êtes médecin ou dentiste titulaire d'un permis vous autorisant à exercer au Canada, vous pouvez remplir la Déclaration du médecin ou dentiste ci-après pour les besoins de la présente demande. Si vous désirez remplir la déclaration ci-après, veuillez ne cocher qu'une des cases qui y figurent et fournir les autres renseignements exigés pour la Déclaration. Veuillez signer, dater et fournir les renseignements au bas de la déclaration, en joignant des feuillets supplémentaires au besoin.

La déclaration du médecin ou dentiste ne sera pas valable pour les besoins de la présente demande si sa date est antérieure de plus de 12 mois à la date à laquelle l'institution financière reçoit cette déclaration.

Déclaration du médecin ou dentiste

Je suis : (cochez une seule case ci-dessous)

- médecin titulaire d'un permis qui m'autorise à exercer la médecine dans une autorité législative du Canada
- dentiste titulaire d'un permis qui m'autorise à exercer la dentisterie dans une autorité législative du Canada

À mon avis,

(Nom, en caractères d'imprimerie, de la personne indiquée à la Partie 2 de la présente demande qui présente ou présentait la maladie ou l'incapacité physique.)

présente ou présentait une maladie ou une incapacité physique, et :

- les frais médicaux suivants sont ou étaient nécessaires pour le traitement de cette personne; ou
- les rénovations suivantes sont ou étaient rendues nécessaires par la maladie ou l'incapacité de cette personne; ou
- les frais de construction supplémentaires suivants sont ou étaient rendues nécessaires par la maladie ou l'incapacité de cette personne.

Veuillez indiquer en caractères d'imprimerie l'adresse de la résidence principale où les rénovations indiquées à la Partie 2 de la présente demande sont nécessaires.

Suite de la Partie 5 à la page suivante

Renseignements sur le médecin ou le dentiste

Nom de famille	Prénom	Deuxième prénom	N° d'inscription ou de permis
----------------	--------	-----------------	-------------------------------

Adresse du cabinet

Numéro de local	Numéro de la rue	Nom de la rue
-----------------	------------------	---------------

Ville	Province ou État	Code postal	Pays
-------	------------------	-------------	------

Numéro de téléphone

Signature du médecin ou du dentiste	Date de la signature (aaaa/mm/jj)
-------------------------------------	-----------------------------------