

# Prestation manitobaine pour enfants



Services à la famille et Logement Manitoba  
 Direction des services provinciaux  
 C. P. 3000, 203, rue South Railway Est  
 Killarney (Manitoba) R0K 1G0

Killarney : (204) 523-5230  
 Sans frais : 1-800-563-8793  
 Télécopieur: (204) 523-5240

À usage interne

Dans quelle langue préférez-vous recevoir votre correspondance?

- Anglais  
 Français

RENSEIGNEMENTS ACTUELS	Demandeur	Conjoint ou conjoint de fait																																																			
<i>Lorsque le père et la mère vivent à la même adresse, la mère est habituellement considérée comme étant le demandeur.</i>																																																					
1. Avez-vous un numéro d'immatriculation valide de Santé Manitoba?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																																																			
2. Nom de famille																																																					
3. Prénom																																																					
4. Sexe et date de naissance	Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>																																																			
5. Numéro d'assurance sociale	Jour   Mois   Année 	Jour   Mois   Année 																																																			
6. Adresse du domicile	Ville ou village 	Province 																																																			
7. Adresse postale (si elle diffère de l'adresse ci-dessus)	Ville ou village 	Province 																																																			
8. Enfants à charge de moins de 18 ans	Lien avec le demandeur	Date de naissance																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Nom de famille</th> <th style="width: 20%;">Prénom</th> <th style="width: 20%;">Lien avec le demandeur</th> <th style="width: 20%;">Date de naissance</th> <th style="width: 20%;">Prestation fiscale canadienne pour enfants</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th></th> <th>Jour   Mois   Année</th> <th>Oui   Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td>                   </td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td>                   </td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td>                   </td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td></td> <td></td> <td>                   </td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td></td> <td></td> <td>                   </td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td></td> <td></td> <td>                   </td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td></td> <td></td> <td>                   </td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>8</td> <td></td> <td></td> <td>                   </td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Nom de famille	Prénom	Lien avec le demandeur	Date de naissance	Prestation fiscale canadienne pour enfants				Jour   Mois   Année	Oui   Non	1				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Pour chaque enfant inscrit, indiquez à l'aide d'un crochet ✓ si vous recevez ou non la prestation fiscale canadienne pour enfants.
Nom de famille	Prénom	Lien avec le demandeur	Date de naissance	Prestation fiscale canadienne pour enfants																																																	
			Jour   Mois   Année	Oui   Non																																																	
1				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																	
2				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																	
3				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																	
4				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																	
5				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																	
6				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																	
7				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																	
8				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																	
Si vous avez plus de huit enfants de moins de 18 ans, indiquez les renseignements exigés pour ces enfants sur une feuille séparée que vous joindrez à votre demande.																																																					
9. N° de téléphone :	Domicile	Messages	Travail																																																		
10. Situation de famille :	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié/e ou en union de fait <input type="checkbox"/> Séparé/e <input type="checkbox"/> Divorcé/e <input type="checkbox"/> Veuf/veuve																																																				
Depuis quelle date? <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 20px;"></span>																																																					
11. Êtes-vous, ou votre conjoint ou conjoint de fait, un Indien visé par un traité?		Est-ce que vous, ou votre conjoint ou conjoint de fait, vivez sur une réserve autochtone?																																																			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																																																			
12. Recevez-vous une aide au revenu pour vous-même, votre conjoint, votre conjoint de fait, ou pour des personnes à votre charge?																																																					
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																																																					
Source: <input type="checkbox"/> Provincial <input type="checkbox"/> Canada ou bande indienne																																																					
Si vous ne recevez que les prestations pour services de santé dans le cadre du Programme de l'aide à l'emploi et au revenu, cochez la case « Non ».																																																					
13. Partagez-vous la garde, les soins et l'éducation de ces enfants à charge avec une autre personne qui n'est pas votre conjoint ou conjoint de fait?																																																					
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																																																					

## RENSEIGNEMENTS SUR LE REVENU

VEUILLEZ FOURNIR UNE PHOTOCOPIE DE VOTRE AVIS DE PRESTATION FISCALE CANADIENNE POUR ENFANTS POUR LA PÉRIODE DE VERSEMENT INDIQUÉE DANS L'ENCART CI-JOINT. LE PROGRAMME DE PRESTATIONS MANITOBAINES POUR ENFANTS UTILISERA LE REVENU FAMILIAL NET INDIQUÉ SUR CET AVIS POUR DÉTERMINER VOTRE ADMISSIBILITÉ. SI VOUS LE PRÉFÉREZ, LE PERSONNEL DU PROGRAMME DE PRESTATIONS MANITOBAINES POUR ENFANTS PEUT DEMANDER UNE COPIE DE VOTRE AVIS DE PRESTATION FISCALE CANADIENNE POUR ENFANTS DIRECTEMENT À L'AGENCE DU REVENU DU CANADA.

- J'AI INCLUS UNE COPIE DE MON AVIS DE PRESTATION FISCALE CANADIENNE POUR ENFANTS.
- J'AIMERAI QUE LE PERSONNEL DU PROGRAMME DE PRESTATIONS MANITOBAINES POUR ENFANTS OBTIENNE UNE COPIE DE MON AVIS DE PRESTATION FISCALE CANADIENNE POUR ENFANTS DIRECTEMENT DE L'AGENCE DU REVENU DU CANADA.

## PROTECTION DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

En ce qui concerne mes renseignements personnels, je comprends ce qui suit :

Les renseignements personnels contenus dans la présente demande sont recueillis dans le cadre du programme de prestations manitobaines pour enfants établi en vertu de la **Loi sur les services sociaux**.

Les renseignements personnels recueillis serviront à déterminer l'admissibilité de mon ménage à une aide financière et le montant de cette aide, à prévenir et à détecter les délits de fraude, à administrer le programme de prestations manitobaines pour enfants et à veiller à son application, et à rechercher les incidences du programme.

Mes renseignements personnels et mes renseignements médicaux personnels sont protégés par la **Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée** et la **Loi sur les renseignements médicaux personnels** du Manitoba. L'utilisation ou la divulgation de ces renseignements, pour des fins autres que celles énoncées ci-dessus, doit être autorisée par moi ou en vertu de ces lois.

Toute question concernant la collecte de renseignements doit être adressée à la Direction des services provinciaux, à l'adresse C. P. 3000, 203, rue South Railway Est, Killarney (Manitoba) R0K 1G0, ou par téléphone au 204 523-5230, (sans frais au 1 800 563-8793).

## DÉCLARATION

### VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT LA PRÉSENTE DÉCLARATION

Je sou mets (nous soumettons), par la présente, une demande de prestations en vertu du programme de prestations manitobaines pour enfants. J'atteste (nous attestons) que les renseignements fournis dans la présente demande sont, à notre connaissance, véridiques et complets. J'autorise (nous autorisons) le programme à obtenir des renseignements de quelque provenance que ce soit aux fins de vérification et je consens (nous consentons) à ce que ces renseignements soient communiqués au programme.

En signant ci-dessous, je consens (nous consentons) à l'utilisation et à la divulgation de mes (nos) renseignements personnels de la manière décrite à la partie ci-dessus intitulée **Protection de vos renseignements personnels**. Quiconque fait consciemment une déclaration fautive ou trompeuse dans la présente demande est coupable d'une infraction à la **Loi sur les services sociaux**.

\_\_\_\_\_

Signature du demandeur

\_\_\_\_\_

Signature du conjoint ou du conjoint de fait

\_\_\_\_\_

Date

Si le demandeur ou le conjoint ou conjoint de fait signe la présente demande d'une croix (X), la croix doit être authentifiée par un témoin.

\_\_\_\_\_

Signature du témoin

\_\_\_\_\_

N° de téléphone et adresse du témoin

\_\_\_\_\_

Date

AUTORISATION DE L'AGENCE DU REVENU DU CANADA

Demandeur

Conjoint ou conjoint de fait

1. NOM		
2. PRÉNOM		

**REMARQUE : CETTE SECTION FAIT PARTIE DE LA PRÉSENTE DEMANDE. LE DEMANDEUR ET LE CONJOINT OU CONJOINT DE FAIT (LE CAS ÉCHÉANT) SONT TENUS DE SIGNER CI-DESSOUS.**

**FORMULE DE CONSENTEMENT**

Je consens (nous consentons) à ce que l'Agence du revenu du Canada communique au ministre des Services à la famille et du Logement du Manitoba des renseignements sur mes (nos) déclarations de revenus et tout autre renseignement fiscal. Ces renseignements doivent être de nature pertinente et servir seulement à déterminer et à vérifier mon (notre) admissibilité au programme de prestations manitobaines pour enfants établi en vertu de la **Loi sur les services sociaux** du Manitoba. Ils ne peuvent être divulgués à aucune autre personne sans mon (notre) consentement. Ce consentement est valable pour l'année d'imposition précédant l'année de sa signature ou, faute de renseignements pour cette année-là, pour l'année d'imposition qui précède de deux ans l'année de sa signature. Il est également valable pour l'année de la signature et pour chaque année d'imposition suivante pour laquelle je pourrais (nous pourrions) présenter une demande d'aide. Je comprends (nous comprenons) que si je souhaite (nous souhaitons) retirer ce consentement, je peux (nous pouvons) le faire en tout temps en écrivant à Services à la famille et Logement Manitoba.

Nom du demandeur (en lettres moulées)

N° d'assurance sociale du demandeur

Signature du demandeur

Date

Conjoint ou conjoint de fait (le cas échéant)

Nom du conjoint ou conjoint de fait (en lettres moulées)

N° d'assurance sociale du conjoint ou conjoint de fait

Signature du conjoint ou conjoint de fait

Date