

**Application/Demande du  
Manitoba Shelter Benefit for  
Persons with a Disability**  
The Manitoba Housing and Renewal Corporation

**Programme d'allocations-logement du  
Manitoba pour les personnes handicapées**  
La Société d'habitation et de rénovation du Manitoba



Provincial Services  
102 – 114 Garry St., Winnipeg, MB R3C 1G1  
Phone: 945-2197 in Winnipeg  
toll free 1-877-587-6224  
TTY: 948-3698 E-mail: provservic@gov.mb.ca

If this application is needed in a different format (ex: Braille or larger type size), please contact the Provincial Services branch.

The Manitoba Housing and Renewal Corporation (MHRC) is collecting your personal information and personal health information to determine your eligibility for benefits, including benefit levels under the *Manitoba Shelter Benefit Regulation* made under *The Housing and Renewal Corporation Act* and to research program impacts. This information is collected under the authority of section 36(1)(b) of *The Freedom of Information and Protection of Privacy Act* (necessary for an existing program of MHRC) and section 13(1) of *The Personal Health Information Act* (necessary for a lawful purpose connected with a function or activity of MHRC).

Services provinciaux  
114, rue Garry, bureau 102, Winnipeg (Manitoba) R3C 1G1  
Téléphone : 204 945-2197 à Winnipeg  
Sans frais : 1 877 587-6224  
ATS : 204 948-3698 Courriel : provservic@gov.mb.ca

Si vous avez besoin de ce formulaire de demande dans un autre format (p. ex., en Braille ou en gros caractères), veuillez communiquer avec la Direction des services provinciaux.

La Société d'habitation et de rénovation du Manitoba (SHRM) recueille vos renseignements personnels afin de déterminer votre admissibilité aux allocations-logement, y compris les niveaux d'allocations versées conformément au *Règlement sur les allocations de logement* de mise en application de la *Loi sur la Société d'habitation et de rénovation* du Manitoba, et afin de pouvoir effectuer des recherches sur les répercussions du programme. Ces renseignements sont recueillis en vertu de l'alinéa 36(1)b) de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* (renseignements nécessaires aux programmes existants de la SHRM) et en vertu du paragraphe 13(1) de la *Loi sur les renseignements médicaux personnels* (renseignements nécessaires à des fins juridiques liées à une fonction ou à une activité de la SHRM).

## A. HOUSEHOLD INFORMATION/RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉNAGE

### 1. APPLICANT INFORMATION/RENSEIGNEMENTS SUR LE REQUÉRANT

Last name/Nom de famille		First name and initial/Prénom et initiale	
Social Insurance Number/Numéro d'assurance sociale	Gender/Sexe	Birth date (yr. mo. day)/ Date de naissance (jj mm aaaa)	
Current address/Adresse actuelle		Postal code/Code postal	
Mailing address (if different from above)/ Adresse postale (si elle diffère de l'adresse ci-dessus)		Postal code/Code postal	
Home phone/Téléphone (domicile)	Work phone/Téléphone (travail)	E-mail address/Courriel	

Do you have a disability?/Avez-vous un handicap?  Yes/Oui  No/Non

If "yes," indicate type(s):/Dans l'affirmative, indiquez-en le ou les types :

physical/handicap physique  mental/handicap mental  psychiatric/déficiences psychique

Do you receive benefits from either of the following?/Recevez-vous le crédit ou la prestation qui suit :  
Disability Tax Credit/Crédit d'impôt pour personnes handicapées  Yes/Oui  No/Non

Canada Pension Plan Disability/Prestation d'invalidité  
du Régime de pensions du Canada  Yes/Oui  No/Non

Do you receive a disability pension as your primary source of income?/  
Recevez-vous une prestation d'invalidité comme source principale de revenu?  Yes/Oui  No/Non

If "yes," what is it?/Dans l'affirmative, quelle est-elle?

Are you living in a First Nations community (on-reserve)?/  Yes/Oui  No/Non  
Résidez-vous dans une collectivité de Premières nations (sur une réserve)?

Are you a:/Êtes-vous :

Canadian Citizen/  
Citoyen canadien

Landed Immigrant/  
Résident permanent

Refugee Claimant/  
Demandeur du statut de réfugié

Marital status:/État matrimonial :

Single/Célibataire

Married/Marié

Common-law/Conjoint de fait

Divorced/Divorcé

Separated/Séparé

Widowed/Veuf

## 2. CO-APPLICANT INFORMATION (INCLUDES SPOUSE, COMMON-LAW PARTNER OR ADULT DEPENDENT)/RENSEIGNEMENTS SUR LE CO-REQUÉRANT (CONJOINT, CONJOINT DE FAIT OU ADULTE À CHARGE)

Is your co-applicant your/Est-ce que votre co-requérant est :

spouse/  
Votre conjoint

common-law partner/  
Votre conjoint de fait

adult dependent/  
Un adulte à votre charge

\_\_\_\_\_  
Last name/Nom de famille

\_\_\_\_\_  
First name and initial/Prénom et initiale

\_\_\_\_\_  
Social Insurance Number/Numéro d'assurance sociale

\_\_\_\_\_  
Gender/Sexe

\_\_\_\_\_  
Birth date (yr. mo. day)/  
Date de naissance (jj mm aaaa)

Does your co-applicant have a disability?/  Yes/Oui  No/Non

Est-ce que votre co-requérant a un handicap?

If "yes," indicate type(s):/Dans l'affirmative, indiquez-en le ou les types :

physical/handicap physique  mental/handicap mental  psychiatric/déficiences psychique

Does your co-applicant receive benefits from either of the following?/  
Est-ce que votre co-requérant reçoit le crédit ou la prestation qui suit?

Disability Tax Credit/Crédit d'impôt pour personnes handicapées  Yes/Oui  No/Non

Canada Pension Plan Disability/Prestation d'invalidité  
du Régime de pensions du Canada  Yes/Oui  No/Non

Does your co-applicant receive a disability pension as their primary source of income?/  
Est-ce que votre co-requérant reçoit une prestation d'invalidité comme principale source de revenu?

Yes/Oui  No/Non

If "yes," what is it?/Dans l'affirmative, quelle est-elle?

---

Is your co-applicant a:/Est-ce que votre co-requérant est :

Canadian Citizen/  
Citoyen canadien

Landed Immigrant/  
Résident permanent

Refugee Claimant/  
Demandeur du statut de réfugié

### 3. OTHER PERSONS LIVING IN YOUR HOME/AUTRES PERSONNES VIVANT CHEZ VOUS

\_\_\_\_\_  
Last name/Nom de famille

\_\_\_\_\_  
First name and initial/Prénom et initiale

\_\_\_\_\_  
Social Insurance Number/Numéro d'assurance sociale

\_\_\_\_\_  
Gender/Sexe

\_\_\_\_\_  
Birth date (yr. mo. day)/  
Date de naissance (jj mm aaaa)

\_\_\_\_\_  
Relationship to Applicant:/  
Lien avec le requérant :

\$ \_\_\_\_\_ \$

Amount contributed to monthly rent:/  
Montant contribué au loyer mensuel :

\_\_\_\_\_  
Last name/Nom de famille

\_\_\_\_\_  
First name and initial/Prénom et initiale

\_\_\_\_\_  
Social Insurance Number/Numéro d'assurance sociale

\_\_\_\_\_  
Gender/Sexe

\_\_\_\_\_  
Birth date (yr. mo. day)/  
Date de naissance (jj mm aaaa)

\_\_\_\_\_  
Relationship to Applicant:/  
Lien avec le requérant :

\$ \_\_\_\_\_ \$

Amount contributed to monthly rent:/  
Montant contribué au loyer mensuel :

If anyone else lives in your home, please attach a separate sheet including the same information for each person./Si d'autres personnes vivent chez vous, veuillez indiquer ces renseignements pour chaque personne, sur une feuille distincte.

Are you, or other persons in your home, currently receiving benefits from the Employment and Income Assistance program?/Est-ce que vous, ou une autre personne vivant chez vous, recevez à l'heure actuelle des prestations du Programme d'aide à l'emploi et au revenu?

Yes/Oui  No/Non

Have you, or your co-applicant, received benefits from the Employment and Income Assistance program in the last 12 months?/Est-ce que vous, ou votre co-requérant, avez reçu des prestations du Programme d'aide à l'emploi et au revenu au cours des 12 derniers mois?

Yes/Oui  No/Non

## B. HOUSING/LOGEMENT

1. Total monthly rent:/Total du loyer mensuel :

\$ \_\_\_\_\_ \$

2. Parking fee, if applicable:/  
Frais de stationnement, s'il y a lieu :

\$ \_\_\_\_\_ \$

3. Do you pay for room and board?/Est-ce que vous payez une pension (logement et repas)?

Yes/Oui  No/Non

4. When did you start paying rent, as stated above?/Quand avez-vous commencé à payer un loyer comme indiqué ci-dessus?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Is heating included in your monthly rent?/  
Est-ce que le chauffage est inclus dans votre loyer mensuel?  Yes/Oui  No/Non

6. Name and address of landlord:/  
Nom et adresse du locateur :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. My home has:/Mon logement comprend :

- a. One (or less) bedroom/une chambre à coucher (ou moins)
- b. Two bedrooms/deux chambres à coucher
- c. Three (or more) bedrooms/  
trois chambres à coucher (ou plus)

## C. CURRENT EMPLOYMENT STATUS/SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE

Please check (✓)  
Veuillez cocher (✓) les réponses qui s'appliquent.

	APPLICANT/ REQUÉRANT	CO-APPLICANT/ CO-REQUÉRANT
Full-time/Temps plein		
Part-time/Temps partiel		
Seasonal/Saisonnier		
Casual/Occasionnel		
Self-employed/Autonome		
Unemployed/Sans emploi		

## D. INCOME INFORMATION/RENSEIGNEMENTS SUR LE REVENU

### 1. CURRENT MONTHLY INCOME SOURCES/SOURCES ACTUELLES DE REVENU MENSUEL

(Please provide \$ amounts)/ (Veuillez fournir les montants en dollars)	APPLICANT/ REQUÉRANT	CO-APPLICANT/ CO-REQUÉRANT
Employment Income – Salary before deductions/ Revenu d'emploi – Salaire avant déductions		
Employment Insurance benefits/ Prestations d'assurance-emploi		
Spouse Allowance (CPP)/ Allocation de conjoint (AAC)		
Canada Pension Plan (CPP)/ Régime de pensions du Canada (RPC)		
Canada Pension Plan Disability (CPP-D)/ Prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada (RPC-Invalidité)		
Veterans Affairs Canada pensions/ Allocations d'ancien combattant du Canada		
Workers Compensation/ Commission des accidents du travail		
Private pension, employment pension/ Régime de retraite complémentaire, régime de pension d'employeur		
Annuity payments (Including RRSP)/ Rentes (y compris les REER)		
Spousal support payments received/ Paiements de pension alimentaire pour le conjoint (reçus)		
Manitoba Public Insurance payments/ Paiements de la Société d'assurance publique du Manitoba		
Private disability insurance payments/ Paiements d'un Régime privé d'assurance-invalidité		
Training Allowance/ Allocation de formation		
Other (specify)/ Autre (précisez)		

**2. USING YOUR MOST RECENT INCOME TAX RETURN, PLEASE INDICATE ANY INCOME NOT PAID ON A MONTHLY BASIS THAT YOU RECEIVED FROM ANY OF THE FOLLOWING SOURCES, DURING THE LAST CALENDAR YEAR/À L'AIDE DE VOTRE TOUTE DERNIÈRE DÉCLARATION DE REVENUS, VEUILLEZ INDIQUER TOUT REVENU NON PAYÉ MENSUELLEMENT QUE VOUS AVEZ REÇU DES SOURCES SUIVANTES AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE CIVILE.**

	<b>APPLICANT/ REQUÉRANT</b>	<b>CO-APPLICANT/ CO-REQUÉRANT</b>
Net employment income/ Revenu d'emploi net		
Lump sum payments or pensions/ Paiements ou pensions forfaitaires		
Interest from bank, bonds or mortgages/ Intérêts bancaires, obligataires ou hypothécaires		
Dividends/ Dividendes		
Total capital gains/ Total des gains en capital		
Rental income/ Revenu de location		
Total education bursaries, private fellowships, scholarships, grants/Total des bourses d'études, des bourses de recherche privées, des bourses d'entretien, des subventions		
Other (specify)/ Autre (précisez)		
<b>TOTAL/TOTAL</b>		

Will your current income change over the next 12 months?/  Yes/Oui  No/Non  
 Est-ce que votre revenu actuel va changer au cours des 12 prochains mois?

If "yes," why?/Si oui, pourquoi?

---



---



---



---

## E. PROTECTION OF YOUR PERSONAL INFORMATION AND PERSONAL HEALTH INFORMATION/PROTECTION DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET DE VOS RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PERSONNELS

About my personal information and personal health information I understand that:

- 1) MHRC may use and disclose the information collected on my application to verify details of my application, prevent and detect fraud and otherwise administer and enforce the Manitoba Shelter Benefit program and to research program impacts.
- 2) MHRC may disclose the information collected on my application to Manitoba Family Services and Housing, Canada Revenue Agency or other relevant provincial or federal departments or agencies for the purposes stated in 1.
- 3) My personal information and personal health information is protected by *The Freedom of Information and Protection of Privacy Act of Manitoba* and *The Personal Health Information Act of Manitoba*. Any use or any disclosure of this information, for purposes other than those outlined above, must be authorized by me or authorized under these acts.

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

- 1) La SHRM peut utiliser et divulguer les renseignements provenant de mon formulaire de demande afin de vérifier les détails de ma demande, de prévenir et de détecter les fraudes, et, par ailleurs, d'administrer et de mettre à exécution le Programme d'allocations-logement du Manitoba et d'effectuer des recherches sur les répercussions de ce programme.
- 2) La SHRM peut divulguer les renseignements provenant de mon formulaire de demande à Services à la famille et Logement Manitoba, à l'Agence du revenu du Canada ou à d'autres ministères ou organismes provinciaux ou fédéraux aux fins énoncées au paragraphe 1.
- 3) 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.

## F. ALTERNATIVE CONTACT/AUTRE PERSONNE-RESSOURCE

If you have anyone else you would like the Manitoba Housing and Renewal Corporation to contact on your behalf regarding this application, or any of the information provided in it, please provide their contact information below./Veuillez donner ci-dessous les coordonnées d'une personne avec qui vous aimeriez que la Société d'habitation et de rénovation du Manitoba communique en votre nom au sujet du présent formulaire de demande, ou des renseignements qui y sont fournis.

\_\_\_\_\_  
Name of contact person/Nom de la personne-ressource

\_\_\_\_\_  
Telephone number of contact person/  
Numéro de téléphone de  
la personne-ressource

\_\_\_\_\_  
Address of contact person/Adresse de la personne-ressource

## G. DECLARATION/DÉCLARATION

I/We declare that the information on this form and the information given in support of my/our application for the Manitoba Shelter Benefit for Persons with a Disability is true, complete and correct. By signing below, I/we also consent to how my/our personal information and personal health information will be used and disclosed by the MHRC as outlined in Section E of this application./ Je déclare (Nous déclarons) que les renseignements donnés sur le présent formulaire et les renseignements donnés à l'appui de ma (notre) demande au Programme d'allocations-logement du Manitoba pour les personnes handicapées sont véridiques, complets et exacts. En signant ci-dessous, j'atteste (nous attestons) que je consens (nous consentons) également à l'utilisation et la divulgation de mes (nos) renseignements personnels et renseignements médicaux personnels par la SHRM, de la manière décrite à la partie E du présent formulaire de demande.

Please note: This application cannot be processed unless you sign this declaration and consent to Section E/Remarque : Nous ne pouvons traiter le présent formulaire de demande que lorsque vous aurez signé cette déclaration et le consentement de la partie E.

\_\_\_\_\_  
Signature of Applicant/Signature du requérant

\_\_\_\_\_  
Date/Date

\_\_\_\_\_  
Signature of Co-applicant/Signature du co-requérant

\_\_\_\_\_  
Date/Date

For questions about the MSB for Persons with a Disability or about the collection of your information in this application, please contact the Provincial Services branch at the number listed on the front page./Pour toute question sur le Programme d'allocations-logement du Manitoba pour les personnes handicapées ou sur la collecte des renseignements vous concernant qui sont fournis sur le présent formulaire de demande, veuillez communiquer avec la Direction des services provinciaux au numéro de téléphone indiqué à la première page.