



D RENSEIGNEMENTS FINANCIERS

Vous êtes-vous engagé verbalement ou par écrit auprès du gouvernement du Manitoba, y compris le PAFERM, d'un autre gouvernement provincial ou territorial, du gouvernement du Canada, d'une administration locale ou municipale, ou de tout autre organisme ou prestataire à **rembourser votre dette en y exerçant la médecine**?
 Oui Non (ne cochez (✓) qu'une seule case)

Si vous avez sélectionné « oui », veuillez fournir le nom de l'organisation, la durée des services et l'emplacement de telles ententes.

Si on détermine que vous êtes admissible à l'aide financière du Programme, les fonds comprenant cette aide seront transférés par Enseignement postsecondaire et Alphabétisation Manitoba dans votre compte personnel par voie électronique une fois votre contrat signé. Vous devrez fournir un chèque nul ou les renseignements suivants : nom et adresse de votre établissement financier et numéros de domiciliation et de compte.

Établissement financier : _____ Adresse : _____

Ville et province : _____ Code postal : _____

Numéro de domiciliation : _____ Institution : _____ Numéro de compte : _____

E AUTRE PERSONNE-RESSOURCE (Veuillez nommer 2 personnes-ressources qui ne partagent pas les mêmes coordonnées)

Nom de la personne-ressource : _____

Lien de parenté : _____ Adresse : _____

Téléphone : (___) _____ Ville et province : _____ Code postal : _____

Nom de la deuxième personne-ressource : _____

Lien de parenté : _____ Adresse : _____

Téléphone : (___) _____ Ville et province : _____ Code postal : _____

REMARQUE : Les personnes-ressources pourraient nous servir à vous joindre.

F REPRÉSENTATION, DÉCLARATION, RECONNAISSANCE ET AUTORISATION

Je déclare par la présente :

- que tous les renseignements fournis dans cette demande sont complets, exacts et vrais à tous les égards.
- que je n'ai reçu et ne recevrai aucune aide financière d'une autre province ou d'un autre gouvernement, pays ou prestataire qui m'oblige à rembourser ma dette en y exerçant la médecine, à l'exception de ce qui est indiqué à la section D.

Je reconnais par la présente :

- que tous les renseignements personnels figurant dans la présente demande sont recueillis par la Direction de l'aide aux étudiants d'Enseignement postsecondaire et Alphabétisation Manitoba en vertu du Programme d'aide financière aux étudiants et résidents en médecine et seront utilisés pour déterminer si je suis admissible à recevoir une aide financière du Programme et pour gérer toute aide financière qui peut m'être attribuée par le Programme. Ces renseignements personnels sont protégés en vertu des dispositions de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* (Manitoba). Toute question concernant la collecte de renseignements personnels devra être communiquée à Enseignement postsecondaire et Alphabétisation Manitoba en écrivant au 1181, avenue Portage, bureau 401, Winnipeg (Manitoba) R3G 0T3, ou en composant le (204) 945-8509.



F REPRÉSENTATION, DÉCLARATION, RECONNAISSANCE ET AUTORISATION (suite)

- qu'il m'incombe d'informer immédiatement, par écrit, l'Aide aux étudiants du Manitoba de tout changement aux renseignements personnels, pédagogiques, financiers ou concernant les personnes-ressources figurant dans la présente demande.
- que si j'ometts de fournir des renseignements complets, exacts et à jour, il se peut que je doive rembourser toute l'aide financière reçue du Programme, et que je ne puisse plus recevoir d'autre aide financière de ce même Programme.
- que si ma demande est approuvée, je signerai un **contrat** conclu avec la province du Manitoba, contrat dont la forme et le contenu auront été approuvés à cette fin par Santé Manitoba.

J'autorise par la présente :

- l'Aide aux étudiants du Manitoba à recueillir de l'information (y compris votre formation et votre expérience de travail) auprès des établissements d'enseignement, des établissements financiers, des agences d'évaluation du crédit, des employeurs, des fournisseurs de services, des instances ou organismes gouvernementaux et de toute autre personne, et de fournir de l'information à ces organismes et particuliers, si cela est jugé nécessaire pour vérifier et examiner cette demande, à administrer et exécuter le contrat et toute loi relative à l'aide aux étudiants, et à conserver et analyser les données statistiques. De plus, je consens à ce que Santé Manitoba communique mon nom, mon adresse postale, mon année d'obtention du diplôme ou du diplôme d'études supérieures, etc. à des fins de recrutement à d'éventuels employeurs dans la province du Manitoba, y compris (mais sans s'y limiter) aux offices régionaux de la santé, aux hôpitaux et aux cliniques.

Je fais cette déclaration et je donne la présente autorisation en sachant :

- qu'en retour de toute aide financière reçue durant l'année 2010-2011 (1^{er} juillet 2010 au 30 juin 2011) et dès que j'aurai terminé mes études supérieures en médecine, je retournerai dans la province du Manitoba ou j'y demeurerai et j'y exercerai la médecine dans mon domaine de spécialisation, et ce, pendant une période équivalant à un minimum d'un an (12 mois à temps plein). À moins que je ne participe au Northern Remote Physician Practice Initiative (24 mois à temps plein). Si je ne termine pas les douze ou vingt-quatre mois de service promis, je devrai rembourser le solde dû immédiatement en vertu du **contrat**, en plus de l'intérêt couru depuis le jour où l'aide financière a été transférée à l'établissement financier mentionné dans la section D de la présente demande.
- que l'aide financière versée dans le cadre de ce programme est assujettie à l'impôt du prestataire pour l'année durant laquelle elle a été versée. Bien qu'elle ne fasse l'objet d'aucune retenue à la source, un feuillet T4 sera émis et j'ai la responsabilité d'inclure le montant de l'aide financière qui m'est versée dans ma déclaration de revenu pour l'année durant laquelle elle m'a été versée.
- si, pour quelle que raison que ce soit, je ne termine pas mes études de premier cycle en médecine ou mes études supérieures, ma résidence ou ma sous-spécialité, selon le cas, je devrai rembourser immédiatement toute l'aide financière qui m'aura été versée par le Programme, en plus des intérêts courus depuis la date à laquelle l'aide a été transférée à mon établissement financier.
- si je ne retourne pas exercer au Manitoba, je ne rembourse pas l'aide financière reçue du Programme, ou je fournis des renseignements inexacts ou faux dans la présente demande, l'Agence du revenu du Canada, les établissements financiers, les fournisseurs de services, des agences d'évaluation du crédit, et/ou les agences de recouvrement agissant au nom du gouvernement du Manitoba en seront informés, et ma cote de solvabilité en sera affectée. Si je ne rembourse pas mes dettes, l'article 47 de la *Loi sur la gestion des finances publiques* (droit de demander une compensation) peut s'appliquer.
- je peux devoir rembourser immédiatement toute l'aide qui m'aura été versée s'il s'avère que les renseignements contenus dans mon dossier sont inexacts, et ce, même si l'inexactitude est le résultat d'une erreur fortuite de ma part ou de la part du personnel du ministère de l'Enseignement postsecondaire et de la Formation professionnelle.
- le gouvernement du Manitoba n'est nullement tenu de me verser aucune aide financière dans le cadre du Programme d'aide aux étudiants et résidents en médecine.
- j'ai lu et bien compris l'information figurant dans la présente demande.

Signature

Date

Si vous souhaitez fournir de l'information supplémentaire qui, selon vous, permettrait d'aider Santé Manitoba et Enseignement postsecondaire et Alphabétisation Manitoba à traiter votre demande, veuillez fournir ces renseignements sur une feuille séparée.