

NOTIFICATION OF RESIDENTIAL CHARGE
AVIS DE FRAIS DE RÉSIDENCE

To be completed by the facility representative for clients who completed a Tax Information Release Form and for whom notification of the assessed rate has been received from Manitoba Health.

Ce formulaire doit être rempli par le représentant de l'établissement pour les clients qui ont rempli une autorisation de divulguer des renseignements fiscaux et pour lesquels un avis de tarif autorisé a été reçu de Santé Manitoba.

Facility / <i>Établissement</i> : _____	
Assessment Results / Résultats de l'évaluation	
Surname / <i>Nom de famille</i> : _____ Given Name / <i>Prénom</i> : _____	
Rate / <i>Tarif</i> : _____	
Effective Date / <i>Date d'entrée en vigueur du tarif</i> : August 1, 2011/ 1 ^{er} août 2011	
_____ Signature of Facility Representative / <i>Signature du représentant de l'établissement</i>	_____ Date

Please provide client with a completed copy of this form.
Veillez remettre un exemplaire de ce formulaire au client.