

SECTION B: TO BE COMPLETED IF CLIENT IS APPLYING FOR REDUCED RATE. / DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LA PERSONNE QUI DEMANDE LE TARIF RÉDUIT.

PART II / PARTIE 2

To be completed if client is single, divorced, widowed or separated. Information to be based on the 2010 Canada Revenue Agency Notice of Assessment. Please provide copy. / Cette partie doit être remplie si le client est célibataire, divorcé, veuf ou séparé. Les renseignements doivent être tirés de l'Avis de cotisation de 2010 de l'Agence des douanes et du revenu du Canada. Veuillez annexer une copie de cet avis.

Net Income (Line 236)/Revenu net (ligne 236) \$ _____
Total Tax Payable (Line 435)/Impôt total à payer (ligne 435) _____
Total (Line 236 less Line 435)/Total (ligne 236 moins ligne 435) \$ _____

PART III / PARTIE 3

To be completed if client is married or in a common-law relationship. / Cette partie doit être remplie si le client est marié ou en relation conjugale.

Spouse's/Common-law Partner's Surname / Nom du conjoint /conjoint de fait	Given Name / Prénom	Initials / Initiales	Spouse's/Common-law Partner's SIN / NAS du conjoint/conjoint de fait
_____	_____	_____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

Is spouse/common-law partner a client of a facility? / Le conjoint est-il résident d'un établissement? Yes/Oui No/Non

If yes, specify name of facility. / Dans l'affirmative, indiquez le nom de l'établissement :

The following information is to be based on the 2010 Canada Revenue Agency Notice of Assessment. Please provide copies. / Les renseignements doivent être tirés de l'Avis de cotisation de 2010 de l'Agence des douanes et du revenu du Canada. Veuillez annexer une copie de cet avis.

	Client / Client	Spouse/Common-law Partner / Conjoint/Conjoint de fait
Net Income (Line 236) / Revenu net (ligne 236)	\$ _____	\$ _____
Total Tax Payable (Line 435) / Impôt total à payer (ligne 435)	_____	_____
Total (Line 236 Less Line 435) / Total (ligne 236 moins ligne 435)	(a) _____	(b) _____
	TOTAL (a & b)	\$ _____

SECTION C

If client does not wish to apply for reduced rate, read and sign here. / Si le client ne désire pas demander le tarif réduit, lisez ce qui suit et signez la présente section.

I hereby declare that I will accept financial responsibility for the full daily rate of \$73.40. / Je m'engage par les présentes à assumer l'entière responsabilité de payer la totalité du tarif quotidien de 73,40 \$.

Signature of Client/Representative / Signature du client ou de son ayant droit _____

_____ Date

SECTION D

I hereby declare that to the best of my knowledge the information given in this application is true and complete. I realize that Manitoba Health may verify the information I have provided with other government departments. I authorize the sharing of this information with Manitoba Health and facility representatives involved in determining the reduced charge. / Je déclare que les renseignements donnés dans la présente demande sont, pour autant que je sache, vrais et complets. Je reconnais savoir que Santé Manitoba se réserve le droit de vérifier auprès d'autres ministères les renseignements que j'ai fournis. J'autorise la divulgation de ces renseignements aux personnes de Santé Manitoba chargées de déterminer le tarif réduit.

Signature of Client/Representative / Signature du client ou de son ayant droit _____

_____ Date

Signature of Spouse/Common-law Partner or Representative (if applicable)
Signature du conjoint / conjoint de fait ou de son ayant droit (le cas échéant) _____

_____ Date

SECTION E

To be completed by the facility for all clients. / L'établissement doit remplir cette section à l'égard de tous les clients.

ASSESSMENT RESULTS / RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION

Rate / Tarif : _____ Effective Date / Date d'entrée en vigueur : _____
Day/Jour Month/Mois Year/Année

Signature of Facility Representative / Signature du représentant de l'établissement _____

_____ Date

**Please provide client/representative with a copy of this form.
Veuillez remettre une copie du présent formulaire au client ou à son ayant droit.**

Instructions for Completing Application for Reduced Residential Charge

The Application for Reduced Residential Charge is to be completed for those individuals who do not complete the Tax Information Release Form and for all clients who are admitted or panelled after June 3, 2011.

SECTION A To be completed for all clients.

SECTION B To be completed by clients applying for a reduction to the maximum rate of \$73.40.

Part I If response is **yes** to receiving financial assistance from Employment and Income Assistance, complete **Section D** and return to facility.

The facility representative will complete **Section E** by entering rate of \$31.30.

If response is **no**, proceed to **Part II** or **Part III**.

Part II To be completed if the client is single, divorced, widowed or separated.

The 2010 Canada Revenue Agency - Notice of Assessment (**NOT INCOME TAX AND BENEFIT RETURN**) must be used to calculate the client's net income less total tax payable (line 236 less line 435). Enter the amount in the space provided. Complete **Section D** and return the Application Form to the facility representative with a photocopy of the 2010 Notice of Assessment.

The facility representative will confirm the amounts from lines 236 and 435, check the calculation, and complete the Rate using the Table of Residential Charges.

Part III To be completed if the client is married or in a common-law relationship

The 2010 Canada Revenue Agency - Notice of Assessment (**NOT INCOME TAX AND BENEFIT RETURN**) must be used to calculate the client's and their spouse's/common-law partner's net incomes less their total taxes payable (line 236 less line 435). Enter the amount calculated in the space provided. Complete **Section D** and return the Application Form to the facility representative with a photocopy of the 2010 Notices of Assessment.

DIRECTIVES CONCERNANT LA MANIÈRE DE REMPLIR LA DEMANDE DE FRAIS RÉDUITS DE RÉSIDENCE

La demande de frais réduits de résidence doit être remplie par les personnes qui ne remplissent pas le formulaire d'Autorisation de divulguer des renseignements fiscaux et par tous les clients admis ou mis en attente après le 3 juin 2011.

SECTION A La **section A** doit être remplie par *tous* les clients.

SECTION B La **section B** doit être remplie par les clients qui demandent une réduction du tarif maximal de 73,40 \$.

Partie 1 Si vous répondez **oui** à cette question, i.e. si vous êtes bénéficiaire du programme d'aide à l'emploi et au revenu, remplissez la **section D** et retournez le formulaire à l'établissement.

Le représentant de l'établissement remplit la **section E** en y inscrivant le tarif de 31,30 \$.

Si vous répondez **non**, passez à la **partie 2 ou 3**.

Partie 2 La **partie 2** doit être remplie par les clients qui sont célibataires, divorcés, veufs ou séparés.

Il faut utiliser l'Avis de cotisation de 2010 de l'Agence des douanes et du revenu du Canada (**ET NON LA DÉCLARATION GÉNÉRALE DE REVENUS ET DE PRESTATIONS**) pour calculer le revenu net du client moins l'impôt total à payer (ligne 236 moins ligne 435). Inscrivez le résultat dans l'espace prévu à cette fin. Remplissez la **section D** et retournez le formulaire au représentant de l'établissement après y avoir annexé une copie de l'Avis de cotisation de 2010.

Le représentant de l'établissement vérifie ensuite les montants des lignes 236 et 435, ainsi que le calcul, puis inscrit le tarif en se fondant sur le Barème des frais de résidence.

Partie 3 La **partie 3** doit être remplie par les clients mariés ou en relation conjugale.

Il faut utiliser les Avis de cotisation de 2010 de l'Agence des douanes et du revenu du Canada (**ET NON LA DÉCLARATION GÉNÉRALE DE REVENUS ET DE PRESTATIONS**) pour calculer le revenu net combiné du client et de son conjoint/conjoint de fait, moins l'impôt total à payer (ligne 236 moins ligne 435). Inscrivez le résultat dans l'espace prévu à cette fin. Remplissez la **section D** et retournez le formulaire au représentant de l'établissement après y avoir annexé une copie des Avis de cotisation de 2010.

The facility representative will confirm the amounts from lines 236 and 435 and check the calculation. If the spouse/common-law partner resides in the community or the same facility, the facility representative will complete the Rate using the Table of Residential Charges. If the spouse/common-law partner resides in a different facility, the rate will be reassessed by Manitoba Health.

SECTION C To be completed by clients who accept responsibility for the full daily rate of \$73.40.

Facility representative will complete **Section E** by entering rate of \$73.40.

SECTION D To be completed by the applicant who completed both **Sections A** and **B**.

SECTION E To be completed by facility representative.

Rates are to be determined as follows:

1. Client has a spouse/common-law partner residing in another facility: Rate temporarily set at previous year's assessed rate or, if new client, rate \$31.30. Applications for clients are to be forwarded to Manitoba Health for reassessment. Refer to Residential Charges Review Process for the procedure.
2. Client has a dependant(s) other than spouse/common-law partner: Rate temporarily set at previous year's assessed rate or, if new client, rate \$31.30. Applications for clients are to be forwarded to Manitoba Health for reassessment. Refer to Dependant Policy and Residential Charges Review Process for the procedure.
3. Client receives financial assistance from Employment and Income Assistance: Rate \$31.30.
4. Client is single, widowed, divorced or separated with no dependant(s): Refer to Column 1 on the Table of Residential Charges to determine rate.
5. Client is married or in a common-law relationship with spouse/common-law partner in community and has no dependant(s) other than spouse/common-law partner: Refer to Column 2 on the Table of Residential Charges to determine rate.

Le représentant de l'établissement vérifie ensuite les montants des lignes 236 et 435, ainsi que le calcul. Si le conjoint/conjoint de fait vit dans la localité ou réside dans le même établissement que le client, le représentant de l'établissement inscrit le tarif en se fondant sur le Barème des frais de résidence/admissibles. Si le conjoint/conjoint de fait réside dans un autre établissement que le client, le tarif sera réévalué par Santé Manitoba.

SECTION C La **section C** doit être remplie par les clients qui acceptent de payer le tarif quotidien maximal de 73,40 \$.

Le représentant de l'établissement remplit la **section E** en y inscrivant le tarif de 73,40 \$.

SECTION D La **section D** doit être remplie par les personnes qui ont rempli les **sections A et B**.

SECTION E La **section E** doit être remplie par un représentant de l'établissement.

Le tarif est déterminé comme suit :

1. Client dont le conjoint/conjoint de fait réside dans un autre établissement : tarif temporairement déterminé au taux de l'année précédente ou, s'il s'agit d'un nouveau client, tarif 31,30 \$. Il faut transmettre la demande des clients à Santé Manitoba, qui réévaluera leur cas. Reportez-vous au document sur l'évaluation des frais de résidence/admissibles et sur la procédure d'appel pour savoir la marche à suivre.
2. Client qui a des personnes à charge autres que le conjoint/conjoint de fait : tarif temporairement déterminé au taux de l'année précédente ou, s'il s'agit d'un nouveau client, tarif 31,30 \$. Il faut transmettre la demande des clients à Santé Manitoba, qui réévaluera leur cas. Reportez-vous au document sur l'évaluation des frais de résidence/admissibles et sur la procédure d'appel pour savoir la marche à suivre.
3. Client qui est bénéficiaire du programme d'aide à l'emploi et au revenu : tarif 31,30 \$.
4. Client célibataire, veuf, divorcé ou séparé, sans personnes à charge : reportez-vous à la colonne 1 du Barème des frais de résidence pour déterminer le tarif.
5. Client marié ou en relation conjugale dont le conjoint/conjoint de fait vit dans la localité et qui n'a pas de personnes à charge autres que le conjoint/conjoint de fait : reportez-vous à la colonne 2 du Barème des frais de résidence pour déterminer le tarif.

6. Client is married or in a common-law relationship with spouse/common-law partner in the same facility and has no dependant(s) other than spouse/common-law partner: An Application Form must be completed by each spouse/common-law partner. Divide amount entered in **Section B, Part III** by 2 and refer to Column 1 on the Table of Residential Charges to determine the rate for each spouse/common-law partner.
7. Client has accepted responsibility and completed **Section C**: Rate \$73.40.
8. Client has not returned the Application Form to the facility, or has returned the Application Form without the required Notice(s) of Assessment: Rate \$73.40.

The facility provides the client or representative with a copy of the Application Form once **Section E** has been completed and a rate assessed.

6. Client marié ou en relation conjugale dont le conjoint/conjoint de fait réside dans le même établissement et qui n'a pas de personnes à charge autres que le conjoint/conjoint de fait : chacun des deux conjoints/conjoints de fait doit remplir une demande. Divisez le montant inscrit à la **section B, partie 3**, par deux et reportez-vous à la colonne 1 du Barème des frais de résidence pour déterminer le tarif pour chacun des conjoints.
7. Client qui accepte de payer le plein prix et qui a rempli la **section C** : tarif 73,40 \$.
8. Client qui n'a pas remis le formulaire à l'établissement ou qui a retourné le formulaire sans y avoir annexé les Avis de cotisation requis : tarif 73,40 \$.

Une fois la **section E** remplie et le tarif déterminé, l'établissement remet au client, ou à son ayant droit, une copie de la demande.