

Application For Reduced Residential Charge Demande de frais réduits de résidence

Facility/Établissement : _____

Why We Require Your Information / Pourquoi nous avons besoin de vos renseignements personnels

The information requested on this form is necessary for the facility to determine and verify your, your spouse's, or your common-law partner's annual entitlement to a reduced residential/authorized charge as provided for under *The Health Services Insurance Act*, *The Mental Health Act* and regulations made thereunder. Any information you provide will be protected in accordance with *The Freedom of Information and Protection of Privacy Act* and *The Personal Health Information Act*. If I have any questions, I understand that I may contact the facility representative responsible for handling residential/authorized charges. / *Nous avons besoin des renseignements inscrits sur ce formulaire pour déterminer et vérifier si vous, votre conjoint ou votre conjoint de fait êtes admissible à bénéficier d'une réduction annuelle des frais de résidence ou des frais admissibles, en vertu de la Loi sur l'assurance-maladie, la Loi sur la santé mentale et des règlements y afférents. Tout renseignement fourni sera protégé conformément à la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée et à la Loi sur les renseignements médicaux personnels. Je comprends aussi que je peux communiquer avec le coordonnateur des frais de résidence si j'ai des questions.*

SECTION A: TO BE COMPLETED BY ALL CLIENTS/ DOIT ÊTRE REMPLIE PAR TOUS LES CLIENTS

Surname / Nom		Given Name / Prénom		Initials / Initiales		Sex / Sexe M F	
Date of Birth / Date de naissance Day/ Month/ Year/ Jour Mois Année		Social Insurance No. (SIN) / N° d'assurance sociale (NAS)		Current Marital Status / État civil actuel			
Manitoba Health Registration No. / Numéro d'inscription auprès de Santé Manitoba		Personal Health Identification No. / N° d'identification personnelle		Single/Widowed/Divorced / Célibataire/Veuf(veuve)/Divorcé(e)		<input type="checkbox"/>	
				Married/Common-Law Relationship / Marié(e) / Conjoint de fait		<input type="checkbox"/>	
				Separated / Séparé(e)		<input type="checkbox"/>	
If client is transferred from another facility, state name of facility. / Si le client vient d'un autre établissement, indiquez le nom:							
Dependents other than spouse/common-law partner / Personnes à charge autres que le conjoint/conjoint de fait :						Yes/Oui <input type="checkbox"/> No/Non <input type="checkbox"/>	
If yes, provide name, date of birth and reason for dependency if over 18. / Dans l'affirmative, indiquez le nom et la date de naissance des personnes à charge et, si elles ont plus de 18 ans, la raison qui fait qu'elles sont à charge. (If additional space needed attach details. / Si vous avez besoin de plus d'espace, annexe une feuille à la présente.)							
Surname / Nom		Given Name / Prénom		Initials / Initiales		Sex / Sexe M F	
						Date of Birth / Date de naissance Day/Jour Month/Mois Year/Année	
Relationship to Client / Lien de parenté avec le client :							
Reason for Dependency / La raison qui fait qu'elles sont à charge :							

- Note / Remarque :**
- * If client is not applying for a reduced rate go to Section C. / Si le client ne demande pas le tarif réduit, passez à la section C.
 - * If client is applying for a reduced rate complete Part 1, 2 or 3 of Section B and sign Section D. / Si le client demande le tarif réduit, remplissez les parties 1, 2 ou 3 de la section B et signez la section D.

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

PART I / PARTIE I

Is client currently receiving financial assistance from Employment and Income Assistance? / Le client est-il actuellement bénéficiaire du programme d'aide à l'emploi et au revenu?

Yes/Oui No/Non

If yes, provide copy of Employment and Income Assistance cheque stub. / Dans l'affirmative, veuillez annexer une copie du talon de chèque du programme d'aide à l'emploi et au revenu.

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 2008 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 2008 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 2008 Canada Revenue Agency Notice of Assessment. Please provide copies. / Les renseignements doivent être tirés de l'Avis de cotisation de 2008 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 \$71.80. / Je m'engage par les présentes à assumer l'entière responsabilité de payer la totalité du tarif quotidien de 71,80 \$.

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 and Healthy Living may verify the information I have provided with other government departments. I authorize the sharing of this information with Manitoba Health and Healthy Living 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 et Vie saine 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 et Vie saine 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 May 31, 2009.

SECTION A To be completed for all clients.

SECTION B To be completed by clients applying for a reduction to the maximum rate of \$71.80.

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 \$30.60.

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 2008 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 2008 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 2008 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 2008 Notices of Assessment.

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 and Healthy Living.

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 31 mai 2009.

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 71,80 \$.

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 30,60 \$.

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 2008 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 2008.

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 2008 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 2008.

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 et Vie saine Manitoba.

SECTION C To be completed by clients who accept responsibility for the full daily rate of \$71.80.

Facility representative will complete **Section E** by entering rate of \$71.80.

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 \$30.60. Applications for clients are to be forwarded to Manitoba Health and Healthy Living 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 \$30.60. Applications for clients are to be forwarded to Manitoba Health and Healthy Living 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 \$30.60.
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.
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 \$71.80.
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 \$71.80.

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

(Français au verso)

SECTION C La **section C** doit être remplie par les clients qui acceptent de payer le tarif quotidien maximal de 71,80 \$.

Le représentant de l'établissement remplit la **section E** en y inscrivant le tarif de 71,80 \$.

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 30,60 \$. Il faut transmettre la demande des clients à Santé et Vie saine 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 30,60 \$. Il faut transmettre la demande des clients à Santé et Vie saine 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 30,60 \$.
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 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 71,80 \$.
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 71,80 \$.

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.

(English on reverse side)