

**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 and Healthy Living.

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 et Vie saine 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> : _____		
Day / <i>Jour</i>	Month / <i>Mois</i>	Year / <i>Année</i>
Signature of Facility Representative / <i>Signature du représentant de l'établissement</i>		Date

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