

# Demande d'allocations prénatales pour des bébés en santé

## 1<sup>re</sup> partie - Renseignements personnels

N° de dossier : \_\_\_\_\_ (réservé à l'administration)

1. Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Autres initiales : \_\_\_\_\_

Nom à la naissance (si différent de ci-dessus) : \_\_\_\_\_

2. N° d'appartement : \_\_\_\_\_ Nom et numéro de la rue : \_\_\_\_\_

Case postale : \_\_\_\_\_ Ville ou village : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

3. N° de téléphone (domicile) : \_\_\_\_\_ Autre numéro : \_\_\_\_\_

4. Quelle est votre date de naissance? (mois/jour/année) \_\_\_\_\_

5. Nous avons besoin des renseignements figurant sur votre carte de Santé Manitoba pour confirmer que vous vivez au Manitoba.

N° d'immatriculation (6 chiffres) : \_\_\_\_\_

N° d'identification personnelle (9 chiffres) : \_\_\_\_\_

6. Situation actuelle :  seule  séparée ou divorcée  mariée  en union de fait

Nom du conjoint ou de la conjointe \_\_\_\_\_ prénom \_\_\_\_\_

7. Avez-vous un numéro d'assurance sociale?  Oui  Non

Si vous avez répondu « oui », veuillez fournir ce numéro : \_\_\_\_\_

8. À quelle date est prévue la naissance de votre bébé? (mois/jour/année) \_\_\_\_\_

**REMARQUE : Vous devez joindre la déclaration originale (pas une photocopie) de votre médecin (ou de tout autre fournisseur de soins de santé telle qu'une infirmière de poste de soins infirmiers ou une sage-femme) qui confirme votre grossesse ainsi que la date de naissance prévue de votre bébé.**

9. Est-ce votre première grossesse?  Oui  Non

**Le programme Bébés en santé espère atteindre un grand nombre de femmes au Manitoba. Les renseignements suivants nous aideront à mieux comprendre qui reçoit les allocations et à déterminer si nous réalisons ou non notre objectif.**

10. Consultez-vous régulièrement un fournisseur de soins de santé (docteur, sage-femme, infirmière de santé communautaire ou de la santé publique, etc.)?  Oui  Non

11. Avez-vous terminé vos études secondaires?  Oui  Non

a. Si vous avez répondu « non », quelle est votre situation?  Vous avez arrêté avant la 9<sup>e</sup> année  
 Vous avez arrêté entre la 9<sup>e</sup> et la 11<sup>e</sup>  Vous êtes encore à l'école

b. Avez-vous fait d'autres études après l'école secondaire?  Oui  No

12. Êtes-vous Autochtone?  Oui  No (Si vous avez répondu « non », passez directement à la question 13)

a. Si vous avez répondu « oui », êtes-vous  Métisse  Inuite  
 Indienne inscrite  Indienne non inscrite

Numéro d'inscription (10 chiffres) : \_\_\_\_\_

b. Si vous vivez dans une collectivité de Première nation, quelle est son nom? \_\_\_\_\_

13. Êtes-vous arrivée récemment au Canada (au cours des 12 derniers mois)?  Oui  No

Si vous avez répondu « oui », quelle est la date de votre arrivée au Canada? (mois/jour/année) \_\_\_\_\_

## A. AUTORISATION DONNÉE AU MÉDECIN OU À TOUT AUTRE FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ DE DIVULGUER DES RENSEIGNEMENTS SUR MA GROSSESSE

*Toutes les demandeuses doivent remplir et signer cette autorisation pour être admissibles au Programme d'allocations prénatales du Manitoba*

J'autorise mon médecin ou mon fournisseur de soins de santé à confirmer le fait que je suis enceinte et à communiquer la date prévue de la naissance de mon bébé au personnel du programme Bébés en santé d'Enfants en santé Manitoba lorsqu'il en fera la demande, et ce, à n'importe quel moment avant la date prévue de la naissance.

J'accepte qu'Enfants en santé Manitoba transmette cette autorisation et les renseignements contenus dans la présente section à mon médecin ou à mon fournisseur de soins de santé afin d'obtenir les renseignements dont il a besoin.

Le personnel du programme Bébés en santé d'Enfants en santé Manitoba utilisera les renseignements fournis par mon médecin ou mon fournisseur de soins de santé seulement aux fins de vérification de mon admissibilité continue au Programme d'allocations prénatales du Manitoba et d'administration et d'application globales de ce programme. Toute autre utilisation ou divulgation de ces renseignements par Enfants en santé Manitoba nécessite mon autorisation préalable ou doit être autorisée en vertu de la *Loi sur les renseignements médicaux personnels* du Manitoba

Nom de la demandeuse (en lettres moulées) \_\_\_\_\_

Signature de la demandeuse \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
mois/jour/année

## B. AUTORISATION DE DIVULGUER LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS

*La signature de ce consentement est facultative. Le refus de le signer n'aura aucune conséquence sur l'admissibilité au Programme d'allocations prénatales du Manitoba.*

J'autorise Enfants en santé Manitoba à m'orienter vers des ressources locales en matière de santé et d'aide à la famille en donnant les renseignements suivants à l'une des personnes ou aux deux personnes suivantes :

Coordonnateur local du programme Bébés en santé ou du Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP)

Fournisseur de soins de santé (santé communautaire ou publique)

J'aimerais recevoir ces services en  anglais  français

Je comprends que l'objectif de cette mise en contact est de m'offrir une aide pendant ma grossesse mais que je ne suis pas obligée de participer aux programmes offerts, tant en matière de santé que d'aide à la famille.

Toute autre utilisation ou divulgation de ces renseignements par Enfants en santé Manitoba nécessite mon autorisation préalable ou doit être autorisée en vertu de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* ou de la *Loi sur les renseignements médicaux personnels* du Manitoba.

Nom de la demandeuse (en lettres moulées) \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_  
mois/jour/année

N° de téléphone \_\_\_\_\_ Date de naissance prévue de mon bébé \_\_\_\_\_

Signature de la demandeuse \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
mois/jour/année

## 2<sup>e</sup> partie – Renseignements sur le revenu

Nous avons besoin de renseignements sur votre revenu pour déterminer votre admissibilité aux allocations et, si votre demande est approuvée, pour calculer vos allocations mensuelles. **Si vous recevez une aide au revenu, veuillez remplir la section A. Sinon, passez directement à la section B.**

### A. AUTORISATION DE VÉRIFIER QUE JE REÇOIS UNE AIDE AU REVENU

*C'est la personne qui fait la demande d'allocations prénatales qui doit signer cette autorisation, même si l'aide au revenu est au nom de son conjoint ou de sa conjointe ou de son père ou de sa mère.*

Je consens à ce que le personnel d'Enfants en santé Manitoba vérifie que je reçois une aide au revenu auprès du bureau provincial ou de la bande des Premières nations qui me verse l'aide. J'accepte qu'Enfants en santé Manitoba transmette cette autorisation et les renseignements contenus dans la présente section au bureau provincial ou à la bande des Premières nations afin d'obtenir les renseignements dont il a besoin. Enfants en santé Manitoba utilisera ces renseignements aux fins de vérification de mon admissibilité au Programme d'allocations prénatales du Manitoba et d'administration et d'exécution générales de ce programme. Toute autre utilisation ou divulgation de ces renseignements par Enfants en santé Manitoba nécessite mon autorisation préalable ou doit être autorisée en vertu de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* du Manitoba.

Nom de la demandeuse (Votre NOM COMPLET, en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Qui vous verse une aide au revenu :  Gouvernement provincial N° de dossier : \_\_\_\_\_

Gouvernement du Canada – Première nation      Quelle bande? \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Signature de la demandeuse \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
mois/jour/année

### B. AUTORISATION DE DIVULGUER DES RENSEIGNEMENTS SUR L'IMPÔT SUR LE REVENU

Ne remplissez cette section **que si vous avez fait une déclaration de revenus. Si vous n'avez pas fait de déclaration de revenus, veuillez appeler notre bureau pour obtenir d'autres instructions.**

J'autorise l'Agence du revenu du Canada à transmettre à Enfants en santé Manitoba des renseignements sur ma déclaration de revenus ainsi que toute autre information fiscale me concernant pour l'année d'imposition de base applicable et mon conjoint, ma conjointe, mon conjoint de fait ou ma conjointe de fait (le cas échéant) en fait autant pour sa déclaration de revenus et les renseignements fiscaux le ou la concernant. L'année d'imposition de base est l'année sur laquelle le Programme d'allocations prénatales du Manitoba, Bébés en santé, s'appuie pour établir mon admissibilité à ces allocations aux termes du *Règlement sur les allocations prénatales du Manitoba* pris en application de la *Loi sur les services sociaux du Manitoba*. Cette autorisation est valide pour l'une ou l'autre des deux années d'imposition précédant l'année à laquelle je signe cette autorisation.

J'accepte que Bébés en santé Manitoba transmette cette autorisation et les renseignements contenus dans la présente section à l'Agence du revenu du Canada afin d'obtenir les renseignements sur le revenu dont il a besoin. Enfants en santé Manitoba utilisera ces renseignements aux fins de vérification de mon admissibilité au Programme d'allocations prénatales du Manitoba et d'administration et d'exécution générales de ce programme. Toute autre utilisation ou divulgation de ces renseignements par Enfants en santé Manitoba nécessite mon autorisation préalable ou doit être autorisée en vertu de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* du Manitoba.

#### Demanderesse

Date de naissance : \_\_\_\_\_ N° d'assurance sociale (9 chiffres) : \_\_\_\_\_  
mois/jour/année

Écrivez votre NOM COMPLET en lettres moulées (nom de famille, prénom, initiale)

Signature : \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
mois/jour/année

#### Conjoint ou conjointe (le cas échéant)

Date de naissance : \_\_\_\_\_ N° d'assurance sociale (9 chiffres) : \_\_\_\_\_  
mois/jour/année

Écrivez votre NOM COMPLET en lettres moulées (nom de famille, prénom, initiale) :

Signature : \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
mois/jour/année

### 3<sup>e</sup> partie – Protection de vos renseignements personnels

En ce qui concerne mes renseignements personnels, je comprends ce qui suit :

1. Les renseignements personnels et médicaux contenus dans la présente demande sont recueillis par le personnel d'Enfants en santé Manitoba aux termes du *Règlement sur les allocations prénatales du Manitoba* pris en application de la *Loi sur les services sociaux du Manitoba*.
2. Le personnel d'Enfants en santé Manitoba utilisera ces renseignements pour vérifier ma demande et déterminer mon admissibilité au Programme d'allocations prénatales du Manitoba, calculer le niveau de mes prestations, prévenir et détecter les fraudes et administrer le programme. Si j'ai signé l'autorisation de divulguer mon nom et mes coordonnées (Autorisation B, 1<sup>re</sup> partie), Enfants en santé Manitoba transmettra ces renseignements aux personnes indiquées dans cette autorisation afin que je puisse découvrir les ressources en matière de santé et d'aide à la famille qui existent dans ma collectivité.
3. Le personnel d'Enfants en santé Manitoba utilisera ces renseignements aux fins de planification, de recherche et d'évaluation du programme Bébés en santé afin de voir comment se portent les enfants et les familles par la suite.
4. Le personnel d'Enfants en santé Manitoba pourrait avoir à donner des renseignements sur ma demande et les allocations que je perçois dans le cadre du Programme d'allocations prénatales du Manitoba au ministère des Services à la famille et du Logement du Manitoba, au ministère fédéral des Affaires indiennes et du Nord ou à la bande des Premières nations pertinente aux fins d'administration et d'exécution de ce programme.
5. Les renseignements personnels me concernant, de nature médicale ou non, sont protégés par la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* et la *Loi sur les renseignements médicaux personnels* du Manitoba. L'utilisation ou la divulgation de ces renseignements, pour des fins autres que celles énoncées ci-dessus, nécessite mon autorisation préalable ou doit être autorisée en vertu de ces lois. Pour toute question au sujet de la collecte de ces renseignements, veuillez communiquer avec le ou la chef de bureau du programme Bébés en santé en téléphonant au 945-1301 ou au 1 888 848-0140 (sans frais).

### 4<sup>e</sup> partie – Signatures et déclaration (IMPORTANT pour une demande complète)

Vous devez signer cette section, ainsi que votre conjoint ou votre conjointe (le cas échéant), si vous voulez recevoir des allocations prénatales du Manitoba.

Remarque : Les personnes en détention dans un pénitencier, un établissement correctionnel provincial ou un lieu de garde pour adolescents ne peuvent pas recevoir d'allocations prénatales.

Est-ce que vous êtes dans cette situation?  Oui  non

Je déclare, ainsi que mon conjoint, ma conjointe, mon conjoint de fait ou ma conjointe de fait, que les renseignements fournis dans cette demande d'allocations prénatales sont véridiques, complets et exacts.

- Je comprends que je fais une demande d'allocations prénatales versées exclusivement pendant ma grossesse.  
**En cas d'interruption prématurée de ma grossesse, j'accepte d'avertir le personnel de Bébés en santé le plus tôt possible, par téléphone ou par écrit.**
- Si je déménage, j'aviserai aussi le personnel de Bébés en santé sans tarder, par téléphone ou par écrit.
- Je comprends qu'en cas de déclaration fautive ou inexacte de ma part, de la part de mon conjoint ou de la part de ma conjointe, le gouvernement du Manitoba peut récupérer le montant de toutes les allocations versées.

Signature de la demandeuse : \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
mois/jour/année

Signature du conjoint ou de la conjointe : \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
mois/jour/année

**Veillez envoyer votre demande dans l'enveloppe fournie à :**

**Enfants en santé Manitoba**

**Programme d'allocations prénatales du Manitoba**

**332, avenue Bannatyne, 3<sup>e</sup> étage**

**Winnipeg (Manitoba) R3A 0E2**