

**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 / *Établissement* : \_\_\_\_\_

**Assessment Results / *Résultats de l'évaluation***

Surname / *Nom de famille* : \_\_\_\_\_ Given Name / *Prénom* : \_\_\_\_\_

Rate / *Tarif* : \_\_\_\_\_

Effective Date / *Date d'entrée en vigueur du tarif* : August 1, 2025 / 1<sup>er</sup> août 2025

Signature of Facility Representative / *Signature du représentant de l'établissement* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Date

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