Manitoba
Health
Santé

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/*Jour* Month/*Mois* Year/*Année*	Social Insurance No. (SIN) / *N° d'assurance sociale (NAS)*	Current Marital Status / *État civil actuel*
		Single/Widowed/Divorced / *Célibataire/Veuf(veuve)/Divorcé(e)* ☐
Manitoba Health Registration No. / *Numéro d'inscription auprés de Santé et Soins aux personnes âgées*	Personal Health Identification No. / *N° d'identification personnelle*	Married/Common-Law Relationship / *Marié(e) / Conjoint de fait* ☐
		Separated / *Séparé(e)* ☐

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* ☐ No/*Non* ☐

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, annexez 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 1*

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 2024 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 2024 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 2024 Canada Revenue Agency Notice of Assessment. Please provide copies. / *Les renseignements doivent être tirés de l'Avis de cotisation de 2024 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 $104.20. / *Je m'engage par les présentes à assumer l'entière responsabilité de payer la totalité du tarif quotidien de 104,20 $*.

_____ _____

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 personnes âgées 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) Date
Signature du conjoint / conjoint de fait ou de son ayant droit (le cas échéant)

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.