

**Request For Review – For the Rate Year August 1, 2025 to July 31, 2026**

**Demande d'évaluation – pour l'année tarifaire du 1<sup>er</sup> août 2025 au 31 juillet 2026**

<b>SECTION A: To Be Completed By Facility Representative / Doit être remplie par le représentant de l'établissement</b>					
Facility Name / Nom de l'établissement			Facility Number / Numéro de l'établissement		
Name of Facility Representative / Nom du représentant de l'établissement			Facility Representative Telephone Number / N° tél. du représentant de l'établissement		
Client's Surname / Nom du client		Given Name / Prénom		Initial / Initiales	Sex/Sexe M   F
<b>Current Marital Status / État civil actuel</b>					
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"/>	
Manitoba Health Registration No. / Numéro d'inscription auprès de Santé Manitoba		Personal Health Identification No. / N° d'identification personnelle		Date of Birth/Date de naissance Day/ Month/ Year / Jour Mois Année	
Date admitted, if client of a Personal Care Home/Long Term Care Facility / Date d'admission du client placé dans un foyer de soins personnels ou dans un établissement de soins prolongés				D / D	M / M
Date panelled, if client was panelled in hospital / Date de la demande du client hospitalisé mis en attente de placement				D / D	M / M
If client has been transferred from another facility, state name of facility / Inscrivez le nom de l'établissement d'où le client a été transféré, s'il y a lieu					
If married, or in a common-law relationship, is spouse/common-law partner a client of a facility? / Est-ce que le conjoint du client marié ou en relation conjugale vit dans un établissement?				Yes/Oui <input type="checkbox"/>	No/Non <input type="checkbox"/>
If yes, specify name of facility / Dans l'affirmative, inscrivez le nom de l'établissement.					
Client's Representative / Ayant droit du client		Surname / Nom	Given Name / Prénom	Relationship / Lien de parenté	Telephone No. / N° de téléphone Residence / Résidence   Business / Travail
Address / Adresse					
City/Town / Ville		Province / Province		Postal Code / Code postal	
<b>Reason For Review. Check One Box. / Raison de l'évaluation. Ne cochez qu'une seule case.</b>					
<input type="checkbox"/> Client has spouse/common-law partner residing in another facility. (If this is the basis of request, client is not required to complete Section B.) / Le client a un conjoint/conjoint de fait qui réside dans un autre établissement. (Si telle est la raison de la demande, le client n'a pas à remplir la section B.)					
<input type="checkbox"/> Client/Representative advises that they are unable to pay the charge because of extenuating circumstances and has requested a review. (Refer to Manitoba Health Policies for Documentation Required to Support Request for Review.) / Le client ou son ayant droit déclare qu'ils sont incapables de payer le tarif, dû à des circonstances atténuantes, et a présenté une demande d'évaluation. (Consultez les politiques de santé du Manitoba pour connaître les documents requis pour appuyer la demande de révision.)					
Start Date of P/T Client Order: _____ / _____ / _____					
Client has been assessed a RATE of / : _____		Effective Date / : _____		_____ / _____ / _____	
Le TARIF du client a été fixé à		Date d'entrée en vigueur		Day / Jour   Month / Mois   Year / Année	
(Insert rate and effective date from Notification of Residential Charge or Application for Reduced Residential Charge. / Inscrivez le tarif et la date d'entrée en vigueur selon l'Avis de frais de résidence ou la Demande de frais réduits de résidence.)					
Client's previous year's assessed rate was / Le tarif du client de l'année précédente était de : _____					
Signature of Facility Representative / Signature du représentant de l'établissement				Date	
<b>Facility to attach documentation required to support request and forward to Residential Charges,  Room 1015 – 300 Carlton Street, Winnipeg MB R3B 3M9  L'établissement doit attacher les documents d'appui à la demande et les faire parvenir aux services financiers,  Bureau 1015, 300, rue Carlton, Winnipeg MB R3B 3M9</b>					

**Section B: To Be Completed By Client Or Their Representative / Doit être remplie par le client ou son ayant droit**

I understand that the information requested on this form is necessary to conduct a review and determine whether I am eligible for a reduction to my assessed residential/authorized charge under *The Health Services Insurance Act*, *The Mental Health Act* and regulations made thereunder. I also understand that the information I 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 residential/authorized charges. / *Je comprends que les renseignements demandés dans la présente formule sont nécessaires pour effectuer une évaluation pour déterminer si je suis susceptible de recevoir une réduction du frais de résidence/admissibles dans le cadre de la Loi sur l'assurance-maladie, la Loi sur la santé mentale et des règlements y afférents. De plus, je comprends que ces renseignements seront protégés 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.*

I have requested a review of the assessed rate of \_\_\_\_\_ and am forwarding documentation to support the request. While awaiting a response to the review, I choose to be charged the rate below: (One Box must be checked, and rate entered, if applicable.) / *J'ai présenté une demande d'évaluation du tarif fixé à \_\_\_\_\_ et je vous envoie les documents d'appui à la demande. En attendant la réponse, je choisis de payer le tarif mentionné ci-après : (Ne cochez qu'une seule case et inscrivez-y le tarif au besoin.)*

- the assessed rate from Section A of / \_\_\_\_\_  
*le tarif de la section A fixé à*
- the previous year's assessed rate from Section A of / \_\_\_\_\_  
*le tarif de l'année précédente de la section A de*
- the minimum rate of \$43.10. This option can be chosen only if the minimum rate was assessed last year, or if admitted after July 31, 2025. / *le tarif minimal de 43.10 \$. Ne choisissez cette option que si l'on vous a chargé le tarif minimal l'année précédente ou si vous avez été placé(e) après le 31 juillet 2025.*

I understand that any difference between the amount charged and the rate determined by **Manitoba Health** will be collected or refunded by the facility retroactive to the effective date of the charge. / *Je comprends que toute différence entre le montant chargé et le tarif déterminé par **Santé Manitoba** sera recueillie ou remboursée par l'établissement rétroactivement à la date d'entrée en vigueur du tarif.*

\_\_\_\_\_  
Signature of Client / Representative / *Signature du client ou de son ayant droit*

\_\_\_\_\_  
Date

**Section C: To Be Completed By Manitoba Health Staff / Doit être remplie par le personnel de Santé, Aînés et Vie active**

**DISPOSITION OF REVIEW – MANITOBA HEALTH DECISION**  
**RÉSULTAT DE L'ÉVALUATION – DÉCISION**  
**DE SANTÉ ET SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES**

**Review Number /**  
**Numéro d'évaluation** \_\_\_\_\_

**COMMENTS / COMMENTAIRES :**

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

Effective Date / Date d'entrée en vigueur : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of Manitoba Health Representative  
*Signature du représentant de Santé Manitoba*

\_\_\_\_\_  
Date