

Request For Review – For the Rate Year September 1, 2024 to July 31, 2025

Demande d'évaluation – pour l'année tarifaire du 1^{er} septembre 2024 au 31 juillet 2025

SECTION A: To Be Completed By Facility Representative / Doit être remplie par le représentant de l'établissement					
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
<p align="center">Current Marital Status / État civil actuel</p> 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	
<p>Reason For Review. Check One Box. / Raison de l'évaluation. Ne cochez qu'une seule case.</p> <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. (Reportez-vous aux politiques de Santé pour savoir quels documents d'appui vous devez joindre à la demande.)					
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	
<p align="center"> 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 </p>					

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 \$41.80. This option can be chosen only if the minimum rate was assessed last year, or if admitted after August 31, 2024. / *le tarif minimal de 41,80 \$. 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 août 2024.*

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 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 et Soins aux personnes âgées

**DISPOSITION OF REVIEW – MANITOBA HEALTH DECISION
RÉSULTAT DE L'ÉVALUATION – DÉCISION
DE SANTÉ**

**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

Date