

**Pourquoi nous avons besoin de vos renseignements personnels**

Le bureau du Programme de frais de résidence a 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*. Pour plus d'information, veuillez communiquer avec le bureau du Programme de frais de résidence, Santé Manitoba, au 300, rue Carlton, Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9; téléphone 204-786-7150.

(Écrire en caractères d'imprimerie)

**SECTION A Renseignements sur l'établissement**

\_\_\_\_\_  
Nom de l'établissement

\_\_\_\_\_  
Numéro de l'établissement

**SECTION B Renseignements sur le client**

\_\_\_\_\_  
Nom de famille

\_\_\_\_\_  
Prénom

\_\_\_\_\_  
N.A.S.

\_\_\_\_\_  
Numéro d'identification personnelle de la carte d'assurance-maladie

État civil : Célibataire/veuf(ve)/divorcé(e)

Marié(e)/en relation conjugale

Séparé(e)

J'autorise par la présente l'Agence du revenu du Canada à fournir au Santé Manitoba des renseignements sur mes déclarations de revenus et tout autre renseignement fiscal nécessaire. Je comprends que ces renseignements sont nécessaires et serviront uniquement aux fins précitées, et qu'ils ne seront communiqués à aucune autre personne sans mon approbation. Je comprends aussi que j'ai le droit de mettre fin à cette autorisation à tout moment en communiquant par écrit avec le directeur des frais de résidence. La présente autorisation est valable pour les deux années d'imposition qui précèdent l'année de signature de ce formulaire, pour l'année d'imposition courante et pour chaque au cours de laquelle une demande de réduction des frais de résidence ou des frais admissibles est déposée par moi-même ou en mon nom.

\_\_\_\_\_  
Signature du Client ou ayant droit

\_\_\_\_\_  
Date

**SECTION C Renseignements sur le conjoint/conjoint de fait, le cas échéant**

\_\_\_\_\_  
Nom de famille

\_\_\_\_\_  
Prénom

\_\_\_\_\_  
N.A.S.

\_\_\_\_\_  
Numéro d'identification personnelle de la carte d'assurance-maladie

Êtes-vous client d'un établissement? Oui  Non  Si oui, précisez le nom de l'établissement. \_\_\_\_\_

J'autorise par la présente l'Agence du revenu du Canada à fournir au Santé Manitoba des renseignements sur mes déclarations de revenus et tout autre renseignement fiscal nécessaire. Je comprends que ces renseignements sont nécessaires et serviront uniquement aux fins précitées, et qu'ils ne seront communiqués à aucune autre personne sans mon approbation. Je comprends aussi que j'ai le droit de mettre fin à cette autorisation à tout moment en communiquant par écrit avec le directeur des frais de résidence. La présente autorisation est valable pour les deux années d'imposition qui précèdent l'année de signature de ce formulaire, pour l'année d'imposition courante et pour chaque année suivante au cours de laquelle une demande de réduction des frais de résidence ou des frais admissibles est déposée par moi-même ou en mon nom.

\_\_\_\_\_  
Signature du conjoint/conjoint de fait ou ayant droit

\_\_\_\_\_  
Date

**SECTION D Renseignements sur l'Ayant droit, le cas échéant**

Si la formule d'autorisation est signée par un ayant droit, écrire ci-dessous en caractères d'imprimerie son nom et son adresse et joindre une copie de la procuration ou de l'ordre de nomination du curateur public

\_\_\_\_\_  
Nom de famille

\_\_\_\_\_  
Prénom

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Code postal

Une fois remplie, cette formule et, le cas échéant, une copie de la procuration ou de l'ordre de nomination du curateur public, doivent être renvoyées au représentant de l'établissement.