

**Request for Waiver – For the Rate Year August 1, 2018 to July 31, 2019**

**Demande d'abolition du tarif - pour l'année tarifaire du 1<sup>er</sup> août 2018 au 31 juillet 2019**

<b>Section A: To Be Completed By Facility Representative For Clients Requesting A Waiver</b> <b>Doit être remplie par le représentant de l'établissement pour les clients qui demandent l'abolition du tarif</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's Telephone Number / N° tél. du représentant de l'établissement			
Client's Surname / Nom du client			Given Name / Prénom			Initial / Initiales			
Manitoba Health Registration No. / Numéro d'inscription auprès de Santé Manitoba			Personal Health Identification No. / N° d'identification personnelle				Sex/Sexe M      F		
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>Section B: To Be Completed By Client Or Their Representative</b> <b>Doit être remplie par le client ou son ayant droit</b>									
<p>I understand that the information requested on this form is necessary to determine whether I am eligible for a full or partial waiver of my assessed residential/authorized charge, under <i>The Health Services Insurance Act</i>, <i>The Mental Health Act</i> and regulations made thereunder. I also understand that the information I provide will be protected in accordance with <i>The Freedom of Information and Protection of Privacy Act</i> and <i>The Personal Health Information Act</i>. If I have any questions, I understand that I may contact the facility representative responsible for handling residential/authorized charges. / Je comprends que les renseignements demandés dans la présente formule sont nécessaires pour déterminer si je suis admissible à une abolition totale ou partielle 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.</p>									
I declare that: / Je déclare que :									
<ul style="list-style-type: none"> <li>the client has a spouse/common-law partner residing in the community / le client a un conjoint/conjoint de fait vivant dans la collectivité;</li> </ul>									
<b>and / et</b>									
<ul style="list-style-type: none"> <li>the client or their spouse/common-law partner are not eligible for Old Age Security, Guaranteed Income Supplement, or financial assistance from Employment and Income Assistance / le client ou le conjoint/conjoint de fait n'est pas admissible à recevoir la Pension de la sécurité de vieillesse ou le Supplément de revenu garanti et n'est pas bénéficiaire du Programme d'aide à l'emploi et du revenu;</li> </ul>									
<b>and / et</b>									
<ul style="list-style-type: none"> <li>the 2017 combined income of the client and their spouse/common-law partner is less than \$36,071; or the 2017 combined income of the client and their spouse/common-law partner is less than \$36,071, plus an amount of \$8,500 for each dependent child / en 2017, le revenu combiné du client et du conjoint/conjoint de fait est inférieur à 36 071 \$; ou, en 2017, le revenu combiné du client et du conjoint est inférieur à 36 071 \$, plus un montant de 8 500 \$ pour chacun des enfants à charge;</li> </ul>									

**Section B (Continued) / (suite)**

I am requesting a full or partial waiver of the assessed rate of \_\_\_\_\_. While awaiting a response to the request, I choose to be charged the rate below: (One Box must be checked, and rate entered, if applicable.) / *Je demande à être dispensé de payer une partie ou la totalité du tarif fixé à \_\_\_\_\_ . 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 as shown above of / \_\_\_\_\_  
*le tarif susmentionné fixé à*

☐ the previous year's assessed rate of / \_\_\_\_\_  
*le tarif de l'année précédente de*

☐ a rate of \$00.00. This option can be chosen only if last year's assessed rate was reduced to \$00.00, or if admitted after July 31, 2018. / *le tarif de 00,00 \$ . Ne choisissez cette option que si l'on a réduit le tarif de l'année précédente à 00,00 \$ ou si vous avez été placé(e) après le 31 juillet 2018.*

I understand that any difference between the amount charged, and the final rate as determined by Manitoba Health, Seniors and Active Living, 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 définitif, telle qu'appliquée par Santé, Aînés et Vie active, 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

**Facility to attach a copy of Application for Reduced Residential Charge  
and copies of 2017 Notices of Assessment for client and spouse/common-law partner or a copy of  
Notification of Residential Charge**  
***L'établissement doit attacher des copies de la demande de frais réduits de résidence,  
ainsi que des avis de cotisation de 2017 du client et du conjoint/conjoint de fait  
ou une copie de l'avis de frais de résidence***

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

**Disposition of Request for Waiver – Manitoba Health, Seniors and Active Living /** **Review Number /**  
**Resultat de la demande d'abolition du tarif – Santé, Aînés et Vie active** **Numéro d'évaluation** \_\_\_\_\_

**Comments / Commentaires :**

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

\_\_\_\_\_  
Signature of Manitoba Health, Seniors and Active Living Representative  
*Signature du représentant de Santé, Aînés et Vie active*

\_\_\_\_\_  
Date