



.....
 Healthy Child Manitoba Office
 3rd Floor – 332 Bannatyne Avenue, Winnipeg, Manitoba, Canada R3A 0E2
 T 204-945-1301 F 204-948-2303 Toll-Free 1-888-848-0140
 www.manitoba.ca

PRENATAL BENEFIT- CHANGE IN EMPLOYMENT OR FAMILY STATUS

PERSONAL INFORMATION – PLEASE PRINT

Last Name: _____ First Name: _____
 Date of Birth: _____ SIN: _____

CHANGE IN FAMILY INCOME - You must complete this section to tell us why your income has changed. Please use the back of the form if you need more space.

Please list place of employment (in current year) and provide at least **2 pay stubs** from each job for you and your spouse, if applicable. If you received other income such as rental income, EI benefits, Worker's Compensation or income assistance, you must also provide that information. Please use the reverse side of this form if you require more space.

<input type="checkbox"/> EMPLOYMENT OR	<input type="checkbox"/> OTHER INCOME	START DATE	END DATE
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Please use the back of this form if you need more room to list employment start and end dates.

CHANGE IN MARITAL STATUS - You may be eligible for an increase in benefits if your marital status has changed. Please tell us when this change happened.

Separated Divorced Widowed Date: _____

DECLARATION – Applicant and spouse (if you have one) must date and sign this form to request a change in benefits.

I understand the information contained on this form will be added to my Manitoba Prenatal Benefit application. To the best of my knowledge, the information I have given on this form is true, complete and correct. I understand that all personal information I provide to the Healthy Baby program will remain confidential and will be used for: determining program eligibility; calculating benefit levels; preventing and detecting fraud; and for program planning and evaluation purposes.

I understand that I am not automatically entitled to program consideration and that the Manitoba Prenatal Benefit office will review the information I am providing on this form. The Prenatal Benefit office will decide if program consideration will apply to me.

Applicant Signature: _____ Date: _____
 Spouse Signature : _____ Date : _____



.....
 3e étage - 332 avenue Bannatyne, Winnipeg (Manitoba) Canada R3A 0E2
 Tél. : 204-954-2266 Téléc. : 204-948-2585 Sans frais : 1-888-848-0140
 www.manitoba.ca

ALLOCATIONS PRÉNATALES – CHANGEMENT DE SITUATION DE FAMILLE OU D'EMPLOI

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS – EN LETTRES MOULÉES S.V.P.

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ N° d'assurance sociale : _____

CHANGEMENT DE REVENU FAMILIAL – Vous devez remplir cette section pour nous expliquer pourquoi votre revenu a changé. Si vous avez besoin de plus de place, utilisez le dos du formulaire.

Veillez faire la liste de tous les endroits où vous avez travaillé (pour l'année en cours) et fournir au moins **2 talons de chèques de paye** pour chacun de vos emplois. Faites de même pour votre conjoint ou votre conjointe, le cas échéant. Si vous avez eu d'autres revenus comme un revenu de location, des prestations d'assurance-emploi, une indemnité d'accident du travail ou une aide au revenu, vous devez aussi donner des renseignements à leur sujet. Si vous avez besoin de plus de place, utilisez le dos du formulaire.

<input type="checkbox"/> EMPLOI OU <input type="checkbox"/> AUTRE REVENU	DATE DE DÉBUT	DATE DE FIN
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Veillez utiliser le dos de ce formulaire si vous avez besoin de plus de place pour terminer la liste ci-dessus.

CHANGEMENT DE SITUATION DE FAMILLE – Vous pourriez avoir droit à des allocations plus élevées si votre situation familiale a changé. Veuillez préciser la date de ce changement.

Séparée Divorcée Veuve Date : _____

DÉCLARATION – Vous devez signer et dater ce formulaire, ainsi que votre conjoint ou votre conjointe (le cas échéant), pour demander un changement de vos allocations.

Je comprends que ce formulaire sera ajouté à ma demande d'allocations prénatales du Manitoba. À ma connaissance, tous les renseignements que j'ai fournis sont véridiques, exacts et complets. Je comprends que tous les renseignements personnels que je communique au programme Bébé en santé resteront confidentiels et ne seront utilisés que pour déterminer mon admissibilité au programme, calculer le niveau de mes prestations, prévenir et détecter les fraudes et administrer et évaluer le programme.

Je comprends que je ne suis pas automatiquement admissible au Programme d'allocations prénatales du Manitoba et que les renseignements que j'ai fournis devront d'abord être étudiés. Le bureau des allocations prénatales décidera de mon admissibilité au programme.

Signature de la demandeuse: _____ Date: _____

Signature de son conjoint ou de sa conjointe: _____ Date: _____