

Request For Review – For the Rate Year August 1, 2026 to July 31, 2027

Demande d'évaluation – pour l'année tarifaire du 1^{er} août 2026 au 31 juillet 2027

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 ☐	
Current Marital Status / État civil actuel Single/Widowed/Divorced / Célibataire/Veuf(veuve)/Divorcé(e) ☐ Married/Common-Law Relationship / Marié(e)/conjoint de fait ☐ Separated / Séparé(e) ☐									
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/ Jour Month/ Mois Year/ 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 Y / A	
Date panelled, if client was panelled in hospital / Date de la demande du client hospitalisé mis en attente de placement						D / D		M / M Y / A	
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 ☐ No/Non ☐									
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			
Reason For Review. Check One Box. / Raison de l'évaluation. Ne cochez qu'une seule case. ☐ 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.) ☐ 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 Manitoba 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 _____ Jour / 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	
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									

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 \$44.40. This option can be chosen only if the minimum rate was assessed last year, or if admitted after July 31, 2026. / *le tarif minimal de 44,40 \$. 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 2026.*

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 Manitoba

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