

Prestation manitobaine pour enfants



Services à la famille Manitoba

114, rue Garry, bureau 100
Winnipeg (Manitoba) R3C 4V4
Téléphone : 204 948-7368
Sans frais : 1 877 587-6224
Courriel: incsup@gov.mb.ca

Réservé à l'administration

Dans quelle langue préférez-vous recevoir votre correspondance?

- Anglais
 Français

RENSEIGNEMENTS ACTUELS	Demandeur	Conjoint ou conjoint de fait																																																												
<i>Lorsque le père et la mère vivent à la même adresse, la mère est habituellement considérée comme étant le demandeur.</i>																																																														
1. Nom de famille																																																														
2. Prénom																																																														
3. Sexe et date de naissance	Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>																																																												
4. Numéro d'assurance sociale	Jour Mois Année 	Jour Mois Année 																																																												
5. Adresse du domicile	Ville ou village 	Province 																																																												
6. Adresse postale (si différente de celle ci-dessus)	Ville ou village 	Province 																																																												
7. Courriel																																																														
8. Enfants à charge de moins de 18 ans	Sexe M/F	Lien avec le demandeur																																																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Nom de famille</th> <th style="width: 20%;">Prénom</th> <th style="width: 10%;">Sexe M/F</th> <th style="width: 10%;">Lien avec le demandeur</th> <th style="width: 10%;">Date de naissance</th> <th style="width: 10%;">Prestation fiscale canadienne pour enfants</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th></th> <th></th> <th>Jour Mois Année</th> <th>Oui Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>8</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Nom de famille	Prénom	Sexe M/F	Lien avec le demandeur	Date de naissance	Prestation fiscale canadienne pour enfants					Jour Mois Année	Oui Non	1					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Nom de famille	Prénom	Sexe M/F	Lien avec le demandeur	Date de naissance	Prestation fiscale canadienne pour enfants																																																									
				Jour Mois Année	Oui Non																																																									
1					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																									
2					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																									
3					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																									
4					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																									
5					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																									
6					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																									
7					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																									
8					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																									
Pour chaque enfant inscrit, indiquez à l'aide d'un crochet (✓) si vous recevez la Prestation fiscale canadienne pour enfants.																																																														
Si vous avez plus de 8 enfants de moins de 18 ans, indiquez les renseignements requis pour ces enfants sur une feuille séparée que vous joindrez à la demande.																																																														
9. N° de téléphone :	Domicile	Messages	Travail																																																											
10. Êtes-vous :	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) ou en union de fait <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve)																																																													
11. Êtes-vous, ou votre conjoint ou conjoint de fait, membre d'une première nation?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Est-ce que vous, ou votre conjoint ou conjoint de fait, vivez dans une réserve autochtone? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																																																													
12. Recevez-vous une aide au revenu pour vous-même, votre conjoint ou conjoint de fait, ou pour des personnes à votre charge?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																																																													
Source:	<input type="checkbox"/> Gouvernement du Manitoba <input type="checkbox"/> Gouvernement du Canada ou Première Nation																																																													
Si vous êtes inscrit auprès de l'Aide à l'emploi et au revenu mais que vous ne recevez que les prestations pour services de santé, cochez « Non ».																																																														
13. Partagez-vous la garde, les soins et l'éducation de n'importe lequel de ces enfants à charge avec une autre personne qui n'est pas votre conjoint ou conjoint de fait?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																																																													

RENSEIGNEMENTS SUR LE REVENU

VEUILLEZ FOURNIR UNE PHOTOCOPIE DE VOTRE AVIS DE PRESTATION FISCALE CANADIENNE POUR ENFANTS LE PLUS RÉCENT. LE PROGRAMME DE PRESTATIONS MANITOBAINES POUR ENFANTS UTILISERA LE REVENU FAMILIAL NET INDIQUÉ SUR CET AVIS POUR DÉTERMINER VOTRE ADMISSIBILITÉ. SI VOUS LE PRÉFÉREZ, LE PERSONNEL DU PROGRAMME DE PRESTATIONS MANITOBAINES POUR ENFANTS PEUT DEMANDER UNE COPIE DE VOTRE AVIS DE PRESTATION FISCALE CANADIENNE POUR ENFANTS DIRECTEMENT À L'AGENCE DU REVENU DU CANADA.

- J'AI INCLUS UNE COPIE DE MON AVIS DE PRESTATION FISCALE CANADIENNE POUR ENFANTS.
- J'AIMERAI QUE LE PERSONNEL DU PROGRAMME DE PRESTATIONS MANITOBAINES POUR ENFANTS OBTIENNE UNE COPIE DE MON AVIS DE PRESTATION FISCALE CANADIENNE POUR ENFANTS DIRECTEMENT DE L'AGENCE DU REVENU DU CANADA.

PROTECTION DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

En ce qui concerne mes renseignements personnels, je comprends ce qui suit :

Les renseignements personnels contenus dans la présente demande sont recueillis dans le cadre du programme de prestations manitobaines pour enfants établi en vertu de la **Loi sur les services sociaux**.

Les renseignements personnels recueillis serviront à déterminer l'admissibilité de mon ménage à une aide financière et le montant de cette aide, à prévenir et à détecter les délits de fraude, à administrer le programme de prestations manitobaines pour enfants et à veiller à son application, et à évaluer les incidences du programme.

Les renseignements personnels et médicaux personnels vous concernant sont protégés par la **Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée** et la **Loi sur les renseignements médicaux personnels** du Manitoba. L'utilisation ou la divulgation de ces renseignements, pour des fins autres que celles énoncées ci-dessus, doit être autorisée par moi ou permise en vertu de ces lois.

Toute question concernant la collecte de renseignements doit être adressée à la Direction des services provinciaux, à l'adresse 114, rue Garry, bureau 100, Winnipeg (Manitoba) R3C 4V4, ou par téléphone au 204 948-7368, (sans frais au 1 877 587-6224).

DÉCLARATION

VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT LA PRÉSENTE DÉCLARATION

Je sou mets (nous soumettons), par la présente, une demande de prestations en vertu du programme de prestations manitobaines pour enfants. J'atteste (nous attestons) que les renseignements fournis dans la présente demande sont, à ma (notre) connaissance, véridiques et complets. J'autorise (nous autorisons) le programme à obtenir des renseignements de quelque provenance que ce soit si ceux-ci sont jugés nécessaires aux fins de vérification. En signant ci-dessous, je consens (nous consentons) à l'utilisation et à la divulgation de mes (nos) renseignements personnels de la manière décrite à la partie ci-dessus intitulée **Protection de vos renseignements personnels**. Quiconque fait consciemment une déclaration fautive ou trompeuse dans la présente demande est coupable d'une infraction en vertu de la **Loi sur les services sociaux**.

Signature du demandeur

Signature du conjoint ou du conjoint de fait

Date

Si le demandeur ou le conjoint ou conjoint de fait signe la présente demande d'une croix (X), la croix doit être authentifiée par un témoin.

Signature du témoin

N° de téléphone et adresse du témoin

Date

AUTORISATION DESTINÉE À L'AGENCE DU REVENU DU CANADA

Demander

Conjoint ou conjoint de fait

1. NOM DE FAMILLE

2. PRÉNOM

REMARQUE : CETTE SECTION FAIT PARTIE DE LA PRÉSENTE DEMANDE. LE DEMANDEUR ET LE CONJOINT OU CONJOINT DE FAIT (LE CAS ÉCHÉANT) SONT TENUS DE SIGNER CI-DESSOUS.

FORMULE DE CONSENTEMENT

Je consens (nous consentons) à ce que l'Agence du revenu du Canada communique à Services à la famille Manitoba des renseignements sur mes (nos) déclarations de revenus et tout autre renseignement fiscal. Ces renseignements doivent être de nature pertinente et servir seulement à déterminer et à vérifier mon (notre) admissibilité au programme de prestations manitobaines pour enfants établi en vertu de la **Loi sur les services sociaux** du Manitoba. Ils ne peuvent être divulgués à aucune autre personne sans mon (notre) consentement. Ce consentement est valable pour la plus récente des deux dernières années d'imposition (précédant l'année de la signature de cette formule) pour laquelle ces renseignements existent. Il est également valable pour l'année de la signature et pour chaque année d'imposition suivante pour laquelle je pourrais (nous pourrions) présenter une demande d'aide. Je comprends (nous comprenons) que si je souhaite (nous souhaitons) retirer ce consentement, je peux (nous pouvons) le faire en tout temps en écrivant à Services à la famille Manitoba.

Nom du demandeur (veuillez écrire en lettres moulées)

N° d'assurance sociale du demandeur

Signature du demandeur

Date

Conjoint ou conjoint de fait (le cas échéant)

Nom du conjoint ou conjoint de fait (en lettres moulées)

N° d'assurance sociale du conjoint ou conjoint de fait

Signature du conjoint ou conjoint de fait

Date