

NOTIFICATION OF RESIDENTIAL CHARGE
AVIS DE FRAIS DE RÉSIDENCE

To be completed by the facility representative for clients who completed a Tax Information Release Form and for whom notification of the assessed rate has been received from Manitoba Health.

Ce formulaire doit être rempli par le représentant de l'établissement pour les clients qui ont rempli une autorisation de divulguer des renseignements fiscaux et pour lesquels un avis de tarif autorisé a été reçu de Santé Manitoba.

Facility / *Établissement* : _____

Assessment Results / Résultats de l'évaluation

Surname / *Nom de famille* : _____ Given Name / *Prénom* : _____

Rate / *Tarif* : _____

Effective Date / *Date d'entrée en vigueur du tarif* : September 1, 2024 / 1^{er} septembre 2024

Signature of Facility Representative / *Signature du représentant de l'établissement* _____

_____ Date

Please provide client with a completed copy of this form.
Veillez remettre un exemplaire de ce formulaire au client.