

Cette feuille de calcul ne doit être remplie que lorsque le **revenu total familial en 2024** est plus de 10% inférieur au **revenu familial total en 2022**. Étant donné que la franchise du Régime d'assurance-médicaments est basée sur le revenu familial total, les deux conjoints (le cas échéant) doivent remplir la feuille de calcul. Les feuilles de calcul incomplètes seront retournées aux demandeurs.

Nom du demandeur	Statut :	Nom du conjoint ou de la conjointe
Numéro de Santé Manitoba	<input type="checkbox"/> Marié/e <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Veuf/Veuve <input type="checkbox"/> Divorcé/e <input type="checkbox"/> Séparé/e <input type="checkbox"/> Célibataire	Numéro de Santé Manitoba
Numéro d'identification personnel		Numéro d'identification personnel
N° de téléphone :		N° de téléphone :

Est-ce que votre revenu familial total en 2023 est le même que votre prévision de revenu familial total en 2024?

Demandeur:

NON → Remplir l'Étape 1, 2 et 4.

OUI → Remplir l'Étape 2, 3 et 4.

Conjoint ou conjointe:

NON → Remplir l'Étape 1, 2 et 4.

OUI → Remplir l'Étape 2, 3 et 4.

ÉTAPE 1 – Sommaire des revenus bruts du 1^{er} janvier 2024 au 31 décembre 2024 :

Veuillez dresser la liste de toutes vos sources de **revenus bruts** reçus jusqu'à présent et de ce que vous prévoyez recevoir pour toute l'année civile 2024, dans les champs pertinents du tableau ci-dessous, par exemple : RPC, SV, revenu à titre de pension, prestation d'invalidité, revenu en intérêts, revenu de REER ou d'investissements, gains en capital, etc. (Si vous avez besoin de plus d'espace, utilisez le verso de cette feuille.)

Veuillez inclure les preuves de revenu brut datées en 2024 pour chaque montant susmentionné. Si le montant de votre revenu est le même chaque mois, la documentation couvrant un seul mois est suffisante.

Nom du demandeur :

Nom du conjoint ou de la conjointe :

Sources de revenu en 2024	Montant du paiement en \$	Nombre de paiements par année	Montant brut annuel en \$	Sources de revenu en 2024	Montant en \$	Nombre de paiements par année	Montant brut annuel en \$
Exemple : Régime de pensions du Canada	400 \$	12	4 800 \$				\$
			\$				\$
			\$				\$
			\$				\$
			\$				\$
Initiales du demandeur				Initiales du conjoint ou de la conjointe			
Total :			\$	Total:			\$
Prévision du revenu familial total en 2024:							\$

ÉTAPE 2 - Veuillez expliquer pourquoi votre revenu familial total en 2024 est de plus de 10% inférieur à votre revenu familial total en 2022 (exemples: perte d'emploi, retraite, etc.).

ÉTAPE 3 - Si votre revenu en 2024 est le même que celui en 2023, veuillez soumettre:

- la présente **Feuille de calcul pour la prévision des revenus de l'année d'indemnisation 2024-2025 du Régime d'assurance-médicaments**;
- une photocopie de votre avis de cotisation de 2023 de l'Agence du revenu du Canada. Si le revenu de chacun des conjoints en 2024 est le même que celui en 2023, vous devez fournir les deux avis de cotisation de 2023 ou;
- si vous et votre conjoint/e avez choisi de partager votre revenu de pension, veuillez nous faire parvenir le formulaire intitulé **Renseignements de la déclaration d'impôt – Régulier** de 2023 de l'Agence du revenu du Canada au lieu de votre avis de cotisation de 2023. Vous pouvez obtenir ce formulaire en communiquant avec l'Agence du revenu du Canada au 1-800-959-8281.

ÉTAPE 4

Je déclare qu'à ma connaissance toutes les données financières fournies sur cette feuille de calcul sont complètes. J'ai indiqué le revenu total de toutes mes sources de revenus. De plus, j'aviserai le Régime d'assurance-médicaments de Santé Manitoba s'il survenait des changements dans la prévision des revenus au cours de l'année d'indemnisation. Je fournirai tous les documents requis à Santé Manitoba concernant ces changements.

Signature du demandeur

Signature du conjoint ou de la conjointe

Date

Date

Cette feuille de calcul **doit être signée** pour être dûment remplie.

Pour obtenir plus de renseignements sur le Régime d'assurance-médicaments:

Téléphone: 204 786-7141 ou 1-800-297-8099 (sans frais)

Service de relais du Manitoba: 204 774-8618 à l'extérieur de Winnipeg: 711 ou 1-800-855-0511

Veuillez nous faire parvenir cette feuille de calcul remplie et les documents à l'appui requis par télécopieur, au 204 786-6634, ou par courrier, à l'adresse suivante:

Régime d'assurance-médicaments

Santé Manitoba

300, rue Carlton

Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9

Nous devons recevoir une *Feuille de calcul pour la prévision des revenus de l'année d'indemnisation 2024-2025 du Régime d'assurance-médicaments* dûment remplie et signée, ainsi que la documentation pertinentes, à notre bureau au plus tard le 31 mars 2025 si vous souhaitez demander un rajustement.