

Formulaire de demande d'allocations prénatales du Manitoba

Offert en d'autres formats, sur demande.

Si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire, veuillez composer sans frais le 1 877 587-6224.

POUR REMPLIR CETTE DEMANDE

1. Répondez à toutes les questions du formulaire
2. Joignez un billet confirmant votre grossesse et tout document supplémentaire
3. Signez le formulaire
4. Postez votre demande dans l'enveloppe fournie à cette fin, à l'adresse suivante :

**Allocations prénatales du Manitoba
114, rue Garry, bureau 100
Winnipeg (Manitoba) R3C 4V4**

PARTIE A : RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

1. Nom _____ Prénom _____
Nom à la naissance (s'il diffère de celui ci-dessus) _____

2. Adresse (nom de la rue et numéro de voirie, numéro d'appartement, ville ou village, et code postal)

3. Numéro(s) de téléphone :

4. Êtes-vous d'ascendance autochtone? (Oui/Non)

- a. Si vous avez répondu « oui », êtes-vous : métisse, inuite, membre non inscrit d'une Première Nation, membre inscrit d'une Première Nation _____
Numéro de traité _____

b. Si vous vivez dans une collectivité de Première Nation, quel est le nom de votre bande?

5. État matrimonial (célibataire, mariée, séparée/divorcée, vivant avec un partenaire)

6. Avez-vous terminé vos études secondaires? (Oui/Non)

a. Si vous avez répondu « non » : moins de la 9^e année, entre la 9^e et la 11^e année, toujours aux études? _____

b. Avez-vous fait d'autres études après l'école secondaire? (Oui/Non)

7. Langue de correspondance préférée (français ou anglais) _____

8. Êtes-vous actuellement sous garde dans un établissement pénitentiaire, un établissement correctionnel provincial ou un établissement de garde pour jeunes? (Oui/Non)

9. Recevez-vous actuellement une aide au revenu dans le cadre d'un des programmes suivants? (Indiquez « Oui », s'il y a lieu)

Aide à l'emploi et au revenu _____

Programme manitobain de soutien pour personne handicapée _____

Allocation manitobaine pour le loyer _____

Aide au revenu par l'intermédiaire d'une Première Nation ou d'une bande _____

SI VOUS AVEZ INDIQUÉ QUE VOUS RECEVEZ ACTUELLEMENT DES PRESTATIONS DE L'UN DES PROGRAMMES D'AIDE AU REVENU MENTIONNÉS CI-DESSUS, PASSEZ À LA PARTIE B.

10. Date de naissance

Date de naissance du conjoint

11. Numéro d'assurance sociale

Numéro d'assurance sociale du conjoint (le cas échéant)

12. Numéro d'immatriculation (6 chiffres) de Santé Manitoba

Numéro d'identification personnelle (9 chiffres) de Santé Manitoba

13. Êtes-vous une nouvelle arrivante au Canada, arrivée au cours des 12 derniers mois? (Oui/Non)

Si vous avez répondu « oui », date d'arrivée au Canada

SI VOUS ÊTES UNE NOUVELLE ARRIVANTE ET QUE VOUS ÊTES ARRIVÉE AU CANADA AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, VEUILLEZ JOINDRE LES DOCUMENTS SUIVANTS (S'IL Y A LIEU) :

- Une copie de vos documents d'immigration indiquant (CRP- Confirmation de Résidence Permanente) votre date d'arrivée et tout permis de travail ou d'études
- Si vous avez travaillé depuis votre arrivée au Canada, veuillez indiquer la date de début et de fin de chaque emploi et fournir deux talons de paye de la période en cours ou du cumul de l'année _____
- Si votre conjoint a travaillé depuis votre arrivée au Canada, veuillez indiquer la date de début et de fin de chaque emploi et fournir deux talons de paye de la période en cours ou du cumul de l'année
- S'il y a lieu, une lettre du Programme d'aide à la réinstallation indiquant les dates d'admissibilité et le montant des prestations
- Si un numéro d'assurance sociale temporaire vous a été attribué, un document de Service Canada indiquant la date d'expiration de ce numéro.

PARTIE B : RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE GROSSESSE

1. Dans quel mois prévoyez-vous d'accoucher?

Veillez joindre un billet signé par votre fournisseur de soins de santé (médecin, infirmière, sage-femme, etc.), confirmant votre grossesse et le mois prévu de votre accouchement.

2. Si vous n'avez pas actuellement de fournisseur de soins de santé, aimeriez-vous être mise en relation avec l'infirmière de la santé publique ou le fournisseur de soins communautaires de votre région? Ces intervenants peuvent vous accompagner durant votre grossesse et, au besoin, vous fournir un billet signé pour confirmer votre grossesse. (Oui/Non) _____
3. Aimeriez-vous être mise en relation avec le coordonnateur du programme Bébés en santé ou le coordonnateur du Programme canadien de nutrition prénatale de votre région? (Oui/Non)

Ces aiguillages visent à soutenir les Manitobaines durant leur grossesse. Les personnes qui demandent des allocations prénatales du Manitoba ne sont pas tenues de participer aux programmes offerts par ces ressources en matière de santé et d'aide à la famille. Toute autre utilisation ou divulgation de ces renseignements par le programme Bébés en santé nécessite l'autorisation préalable de la demandeuse ou doit être autorisée en vertu de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée ou de la Loi sur les renseignements médicaux personnels du Manitoba.

PARTIE C : CONSENTEMENT

1. CONSENTEMENT À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS SUR MA GROSSESSE PAR UN MÉDECIN OU AUTRE PRATICIEN

J'autorise mon fournisseur de soins de santé à confirmer ma grossesse au programme Bébés en santé, si ce programme en fait la demande, et ce, à n'importe quel moment avant la date prévue de mon accouchement.

J'accepte que le présent consentement à la communication et les renseignements contenus dans la présente section soient communiqués à mon fournisseur de soins de santé, afin que le programme Bébés en santé puisse obtenir les renseignements dont il a

besoin.

Le programme Bébés en santé utilisera les renseignements fournis par mon fournisseur de soins de santé uniquement pour vérifier mon admissibilité continue au Programme d'allocations prénatales du Manitoba, ainsi que pour l'administration et l'exécution générales du programme. Toute autre utilisation ou divulgation de ces renseignements par le programme Bébés en santé nécessite mon autorisation préalable ou doit être autorisée en vertu de la Loi sur les renseignements médicaux personnels du Manitoba.

Signature de la demandeuse _____ **Date** _____

2. CONSENTEMENT À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS FISCAUX

J'autorise l'Agence du revenu du Canada à transmettre au programme Bébés en santé des renseignements extraits de ma déclaration de revenus ainsi que toute autre information fiscale me concernant pour l'année d'imposition de base applicable, et mon conjoint, ma conjointe, mon conjoint de fait ou ma conjointe de fait en fait autant pour sa déclaration de revenus et les renseignements fiscaux le ou la concernant. L'année d'imposition de base est l'année qui doit être utilisée pour déterminer mon admissibilité au Programme d'allocations prénatales du Manitoba, selon le Règlement sur les allocations prénatales du Manitoba pris en application de la Loi sur les services sociaux du Manitoba. Cette autorisation est valide pour l'une ou l'autre des deux années d'imposition précédant l'année durant laquelle j'ai signé l'autorisation.

J'accepte que le présent consentement à la communication et les renseignements indiqués dans la présente section soient communiqués à l'ARC. Le programme Bébés en santé utilisera les renseignements obtenus de l'ARC pour déterminer et vérifier mon admissibilité au Programme d'allocations prénatales du Manitoba, ainsi que pour l'administration et l'exécution générales de ce programme. Toute autre utilisation ou divulgation de ces renseignements par le programme Bébés en santé nécessite mon autorisation préalable ou doit être autorisée en vertu de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée du Manitoba.

Signature de la demandeuse _____ **Date** _____

Signature du conjoint _____ **Date** _____

PARTIE D : PROTECTION DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

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

Les renseignements personnels et les renseignements médicaux personnels contenus dans la présente demande sont recueillis par le programme Bébés en santé aux termes du Règlement sur les allocations prénatales du Manitoba pris en application de la Loi sur les services sociaux du Manitoba.

Le programme Bébés en santé utilisera ces renseignements pour vérifier ma demande et déterminer mon admissibilité au Programme d'allocations prénatales du Manitoba, ainsi que pour calculer le niveau de mes prestations, prévenir et détecter les fraudes et administrer le programme. Si j'ai signé l'autorisation de divulguer mon nom et mes coordonnées, le programme Bébés en Santé transmettra mes coordonnées et mes renseignements médicaux personnels au coordonnateur du programme d'aide communautaire Bébés en santé ou au fournisseur de soins de santé publique/communautaire près de chez moi, ou aux deux, selon le consentement que j'aurai donné, afin que je puisse avoir accès aux ressources en matière de santé et d'aide à la famille qui sont offertes dans ma collectivité.

Le programme Bébés en santé utilisera ces renseignements à des fins de planification, de recherche et d'évaluation du programme pour voir comment se portent les enfants et les familles inscrits à ce programme au fil des ans.

Le programme Bébés en santé pourrait avoir à fournir des renseignements concernant ma demande et les allocations que je reçois dans le cadre du Programme d'allocations prénatales du Manitoba au ministère des Familles du Manitoba, à Services aux Autochtones Canada ou à la bande ou à la Première Nation concernée, aux fins de l'administration et de l'exécution du programme.

Mes renseignements personnels et renseignements médicaux personnels 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, à des fins autres que celles énoncées ci-dessus, doit être autorisée par moi ou permise en vertu de ces lois. Pour toute question concernant la collecte de ces renseignements, veuillez communiquer avec le programme Bébé en santé à Winnipeg, en composant le 204 948-7368 ou, sans frais, le 1 877 587-6224.

PARTIE E : SIGNATURES

Je déclare, ainsi que mon conjoint, ma conjointe, mon conjoint de fait ou ma conjointe de fait, que les renseignements fournis sur ce formulaire et à l'appui de ma demande d'allocations prénatales sont véridiques, complets et exacts.

Je comprends que je fais une demande d'allocations prénatales et que je n'y suis admissible que durant ma grossesse.

En cas d'interruption prématurée de ma grossesse, j'accepte d'avertir le programme Bébés en santé le plus tôt possible, par téléphone ou par écrit.

Si je déménage, j'aviserais également le programme Bébés en santé sans tarder, par téléphone ou par

écrit.

Je comprends qu'en cas de déclaration fausse ou inexacte de ma part, ou de la part de mon conjoint, de ma conjointe, de mon conjoint de fait ou de ma conjointe de fait, le gouvernement du Manitoba pourrait récupérer le montant de toutes les allocations qui m'ont été versées.

Signature de la demandeuse _____ **Date** _____

Signature du conjoint/partenaire _____ **Date** _____