

# Bébés en santé

## Demande d'allocation prénatale du Manitoba

(This form exists in English.)



Ce formulaire est très simple à remplir.

Vous trouverez à l'intérieur :

- Une page de demande de renseignements de base que vous devez remplir *et à laquelle vous devez joindre une déclaration médicale confirmant votre grossesse et la date prévue pour la naissance.*
- Une page de questions sur votre revenu. Vous n'avez qu'à cocher les cases appropriées, puis à signer.
- Une page de renseignements à lire contenant une *déclaration* à signer.

Les signatures sont très importantes. Assurez-vous que vous (et votre conjoint, si vous êtes mariée ou vivez en union de fait) avez bien signé partout où on vous demande de le faire.

Postez votre demande dans l'enveloppe prévue à cette fin à :  
Enfants en santé Manitoba  
Bébés en santé - Programme d'allocation prénatale du Manitoba  
114, rue Garry, bureau 219  
Winnipeg (Manitoba) R3C 4V6

Veillez prendre note du numéro de téléphone du bureau de Bébés en santé au cas où vous auriez besoin de nous joindre : 945-1301 ou, sans frais, 1 888 848-0140. (945-1305 ATS)  
Notre numéro de télécopieur est le (204) 948-2303.

## 1<sup>re</sup> partie - Renseignements personnels

1. Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Autres initiales : \_\_\_\_\_  
Nom à la naissance (si différent de ci-dessus) : \_\_\_\_\_

2. Résidez-vous au Manitoba?  Oui  Non



**REMARQUE : Assurez-vous de nous signaler tout changement d'adresse. Téléphonnez au bureau de Bébés en santé de Winnipeg au 945-1301 ou au numéro sans frais 1 888 848-0140.**

Adresse (où vos chèques d'allocation prénatale seront envoyés) :

Rue : \_\_\_\_\_ (incluant l'appartement ou l'unité) ou case postale

Ville ou village : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

3. No de téléphone (domicile) : \_\_\_\_\_  sans téléphone No de téléphone (travail) : \_\_\_\_\_

4. Quelle est votre date de naissance? \_\_\_\_\_ (mois-jour-année)

À quelle date est prévue la naissance de votre bébé? (selon la déclaration médicale) \_\_\_\_\_ (mois-jour-année)



**REMARQUE : Vous devez joindre la déclaration originale (pas une photocopie) de votre médecin (ou de tout autre prestataire de soins de santé tel qu'une infirmière de poste de soins infirmiers ou une sage-femme). Cette déclaration doit confirmer votre grossesse ainsi que la date prévue pour la naissance de votre bébé. Il se peut que nous communiquions avec le bureau de votre prestataire de soins de santé pour obtenir des clarifications sur cette déclaration ou pour des raisons semblables.**  Ci-jointe

5. Êtes-vous présentement mariée ou vivez-vous en union de fait? (Si vous êtes séparée, cochez *Non*.)

Non  Oui - Nom du conjoint : \_\_\_\_\_ Prénom du conjoint : \_\_\_\_\_

6. S'agit-il de votre première grossesse?  Oui  Non

7. Nous avons besoin des renseignements suivants pour confirmer que vous vivez au Manitoba.

N° d'immatriculation de Santé Manitoba (6 chiffres) \_\_\_\_\_

N° d'identification personnelle (9 chiffres) \_\_\_\_\_

8. Le programme d'allocation prénatale Bébés en santé espère atteindre un grand nombre de femmes au Manitoba. Vos réponses aux questions suivantes nous aideront à déterminer si nous réalisons ou non cet objectif.

Êtes-vous : Autochtone  Indien inscrit N° de statut : \_ \_ \_ \_ \_ (10 chiffres)  Inuit

vivant sur une réserve des Premières nations

Autre qu'Autochtone

Quelle réserve? \_\_\_\_\_

vivant hors réserve

Métis

(Fournissez les renseignements que vous jugez appropriés tels que : immigrant, réfugié, etc.)

9. Les renseignements suivants nous aideront à mieux voir qui reçoit l'allocation prénatale?

Quel niveau d'études avez-vous atteint?

Inférieur à la 9<sup>e</sup> année  De la 9<sup>e</sup> à la 11<sup>e</sup> année  Diplôme d'études secondaires  Diplôme d'études postsecondaires

**Une personne du bureau de Bébés en santé communiquera prochainement avec vous au sujet des programmes communautaires qui sont offerts près de chez vous.**

**La page suivante concerne les RENSEIGNEMENTS SUR LE REVENU.** Le montant de l'allocation prénatale est déterminé selon une échelle mobile, en fonction de votre revenu net et de celui de votre conjoint, si vous étiez mariée ou que vous viviez en union de fait pendant l'année d'imposition de base (revenu familial net). Le montant de l'allocation est aussi déterminé en fonction de l'aide au revenu, une fois que celle-ci est confirmée.

## 2<sup>e</sup> partie - Renseignements sur le revenu

(Vous devez avoir un revenu familial net de moins de 32 000 \$ par an pour être admissible.) Remplissez la section A, B ou C.

### A . AUTORISATION DE DIVULGUER DES RENSEIGNEMENTS SUR L'IMPÔT SUR LE REVENU

Remplissez cette autorisation et laissez-*nous* obtenir les renseignements sur le revenu vous concernant auprès de l'Agence canadienne des douanes et du revenu (ACDR). C'est le moyen le plus facile! Vous et votre conjoint (si vous êtes mariée ou vivez en union de fait) devez donner votre autorisation si vous ne joignez pas à votre demande votre (vos) avis de cotisation d'impôt sur le revenu.

Je demande (nous demandons) que l'Agence canadienne des douanes et du revenu fournisse au personnel d'Enfants en santé Manitoba, des renseignements sur ma (nos) déclaration(s) de revenu ainsi que tout renseignement confidentiel pour l'année d'imposition de base applicable. L'année d'imposition de base est l'année sur laquelle le Programme d'allocation prénatale du Manitoba, Bébés en santé, s'appuie pour établir mon admissibilité à l'allocation aux termes du *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 à laquelle je l'ai (nous l'avons) signée.

Je consens (nous consentons) à ce que la présente autorisation de divulgation de renseignements et les renseignements contenus dans cette partie soient fournis à l'ACDR, de façon que les responsables du programme Bébés en santé puissent obtenir les renseignements nécessaires sur mon (nos) revenu(s). Enfants en santé se servira des renseignements obtenus de l'ACDR pour vérifier et établir mon admissibilité à l'allocation accordée dans le cadre du Programme d'allocation prénatale du Manitoba. Ces renseignements serviront également à l'administration générale et à l'exécution du Programme. Toute autre utilisation ou toute divulgation de ces renseignements par les responsables du programme Enfants en Santé doit être autorisée par moi-même ou conformément à la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* du Manitoba.

Auteur de la demande - Date de naissance : \_\_\_\_\_ N° d'assurance sociale : \_\_\_\_\_ (9 chiffres) Date \_\_\_\_\_  
mois-jour-année

Nom en lettre moulées : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_  
(Nom de famille, prénom, initiale)

Conjoint - Date de naissance : \_\_\_\_\_ N° d'assurance sociale : \_\_\_\_\_ (9 chiffres) Date \_\_\_\_\_  
mois-jour-année

Nom en lettre moulées : \_\_\_\_\_ Signature du conjoint : \_\_\_\_\_  
(Nom de famille, prénom, initiale)

**REMARQUES : 1) Pour que ce consentement serve à quelque chose, il faut que vous ayez fait une déclaration d'impôt.**

**2) ATTENTION! N'OUBLIEZ PAS DE SIGNER!**

### B . JOIGNEZ VOTRE AVIS DE COTISATION

pour la dernière année civile, **AINSI QUE** celui de votre conjoint *si vous étiez mariée ou viviez en union de fait*. Entre avril et juin, si vous n'avez pas reçu votre (vos) avis de cotisation, envoyez celui (ceux) de l'année précédant l'année dernière. Si vous n'avez pas de copie(s) de votre (vos) avis de cotisation, téléphonez à l'Agence canadienne des douanes et du revenu au 984-3188 ou, sans frais, au 1 800 448-0444, pour demander qu'ils vous en envoient. Joignez-la (les) ensuite à ce formulaire. (Vous pouvez également choisir de remplir l'autorisation de divulgation ci-dessus, afin que les renseignements soient fournis aux responsables du Programme.)

Avis de cotisation ci-joint     le mien     celui de mon conjoint

### C . CONSENTEMENT À VÉRIFIER QUE JE REÇOIS UNE AIDE AU REVENU

Je consens à ce que le personnel d'Enfants en santé Manitoba, vérifie auprès du bureau provincial, de la municipalité ou de la bande des Premières nations que je reçois une aide d'eux. J'accepte que ce consentement et les renseignements contenus dans la présente section soient fournis au bureau de la province, à la municipalité ou à la bande de façon que le personnel d'Enfants en santé Manitoba puisse obtenir la confirmation requise. Les renseignements obtenus serviront à déterminer et à vérifier mon admissibilité au Programme d'allocation prénatale du Manitoba, et à l'administration et l'exécution du Programme. Toute autre utilisation ou toute divulgation de ces renseignements par le personnel d'Enfants en Santé doit être autorisée par moi-même ou conformément à la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* du Manitoba.

Nom (nom complet en lettres moulées) de l'auteur de la demande : \_\_\_\_\_

N° de dossier : \_\_\_\_\_ N° d'assurance sociale : \_\_\_\_\_ (9 chiffres)

De quelle source recevez-vous de l'aide?  Province  Municipalité - - laquelle? \_\_\_\_\_

Gouvernement fédéral (Bande des Premières nations - laquelle?) \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
mois-jour-année

***Veillez remplir et signer le verso.***

**ATTENTION! N'OUBLIEZ PAS DE SIGNER!**

### 3<sup>e</sup> partie - Protection de vos renseignements personnels

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

1. Les renseignements personnels et médicaux contenus dans la présente demande sont recueillis par le personnel d'Enfants en santé Manitoba aux termes du *Règlement sur les allocations prénatales du Manitoba* pris en application de la *Loi sur les services sociaux* du Manitoba.
2. Le personnel d'Enfants en santé Manitoba utilisera ces renseignements pour vérifier ma demande et déterminer mon admissibilité au Programme d'allocation prénatale du Manitoba, pour calculer le montant de l'allocation, prévenir et détecter les fraudes, et administrer le programme.
3. Le personnel d'Enfants en santé Manitoba utilisera ces renseignements aux fins de planification, de recherche et d'évaluation dans le cadre du Programme afin de faire un suivi des enfants et des familles qui auront participé à Bébés en santé.
4. Le personnel d'Enfants en santé Manitoba pourra avoir à donner des renseignements concernant ma demande et l'allocation qui m'est versée dans le cadre du Programme d'allocation prénatale du Manitoba à Services à la famille et Logement Manitoba, à Affaires indiennes et du Nord Canada ou à la bande des Premières nations pertinente aux fins d'administration et d'exécution du Programme.
5. Mes renseignements personnels et médicaux sont protégés par la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* du Manitoba et la *Loi sur les renseignements médicaux personnels* du Manitoba. Toute utilisation ou toute révélation de ces renseignements pour des raisons autres que celles énumérées ci-dessus doit être autorisée par moi-même ou conformément aux lois susmentionnées.

Veillez adresser toute question relative à la collecte des renseignements à la directrice du programme Bébés en santé en composant le 945-1301.

### 4<sup>e</sup> partie - Signature(s) et déclaration - IMPORTANT pour vous assurer que votre demande est complète

**REMARQUE : Les allocation prénatales ne pourront être versées aux femmes qui :**

- sont en tutelle permanente ou temporaire, qui sont assujetties à une entente de placement volontaire conformément à la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*;
- vivent dans des prisons, des établissements de correction provinciaux ou dans des centres de placement sous garde pour la jeunesse.
- sont en visite au Manitoba, y compris celles disposant d'un visa;
- quittent le Manitoba.

**Vous trouvez-vous dans l'une des situations décrites à gauche?**

Non  Oui

**Je déclare (nous déclarons) que les renseignements fournis dans cette demande d'allocation prénatale sont véridiques, complets et exacts.**

- Je comprends que je fais une demande d'allocation prénatale versée exclusivement pendant la grossesse et que toute interruption prématurée de ma grossesse doit être signalée sans tarder, par téléphone ou par la poste, au bureau de Bébés en santé.
- Si je déménage, j'en aviserai le bureau de Bébés en santé sans tarder, par téléphone ou par la poste.
- Je comprends que, en cas d'une déclaration fautive ou inexacte de ma part (ou de celle de mon conjoint), le gouvernement du Manitoba peut récupérer le montant de toute allocation versée.

Signature de l'auteur de la demande : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
*mois-jour-année*

Signature de l'auteur de la demande : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
*(Si vous étiez le conjoint ou conjoint de fait pendant l'année d'imposition de base) mois-jour-année*

#### N'OUBLIEZ PAS!

- Les signatures sont essentielles au traitement de votre demande d'allocation prénatale.
- Vous devez joindre votre déclaration médicale à cette demande.
- Vous devez faire une déclaration de revenus pour être admissible, à moins que vous ne bénéficiiez de l'aide sociale.

*Merci!*