

FEUILLE DE CALCUL POUR LA PRÉVISION DES REVENUS DE L'ANNÉE D'INDEMNISATION 2006-2007 DU RÉGIME D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS

Santé
Manitoba



Cette feuille de calcul ne doit être remplie que lorsque le **revenu total familial en 2006** est plus de 10 % inférieur au **revenu familial total en 2004**. Étant donné que la franchise du Régime d'assurance-médicaments est basé sur le revenu familial total, les deux conjoints (le cas échéant) doivent remplir la feuille de calcul.

Nom du demandeur	Statut : <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	Nom du conjoint ou de la conjointe
Numéro de Santé Manitoba		Numéro de Santé Manitoba
N° de téléphone : ()		N° de téléphone : ()

1. Veuillez expliquer pourquoi votre revenu familial total en 2006 est de plus de 10 % inférieur à votre revenu familial total en 2004 (exemples : perte d'emploi, retraite, etc.).

2. Est-ce que votre revenu familial total en 2005 est le même que votre prévision de revenu familial total en 2006?

Demandeur :

NON → Allez à la question 3.
 OUI → Allez à la question 5.

Conjoint ou conjointe :

NON → Allez à la question 3.
 OUI → Allez à la question 5.

3. **Sommaire des revenus de 2006 :**

Veuillez dresser la liste de toutes vos sources de revenus bruts : RPC, SV, pension d'employeur, pension d'invalidité, revenu en intérêts, revenu de placement, revenu d'un REER, gains en capital, etc.

Veuillez remplir tous les champs pertinents dans le tableau ci-dessous. Les feuilles de calcul incomplètes seront retournées aux demandeurs. (Si vous avez besoin de plus d'espace, utilisez le verso de cette feuille.)

Nom du demandeur :				Nom du conjoint ou de la conjointe :			
Sources de revenu en 2006	Montant du paiement en \$	Nombre de paiements par année	Montant brut annuel en \$	Sources de revenu en 2006	Montant en \$	Nombre de paiements par année	Montant brut annuel en \$
Exemple : Régime de pensions du Canada	400 \$	12	4 800 \$				\$
			\$				\$
			\$				\$
			\$				\$
Total : \$				Total : \$			
Prévision du revenu familial total en 2006 :							\$

4. Veuillez inclure les preuves de revenu pour chaque montant susmentionné. Des talons de chèque ou une photocopie de votre relevé bancaire pourraient, par exemple, vous servir de « preuve de revenu ». Si le montant de votre revenu est le même chaque mois, la documentation couvrant un seul mois est suffisante.
5. Si votre revenu en 2006 est le même que celui en 2005, veuillez soumettre :
 - la présente Feuille de calcul pour la prévision des revenus de l'année d'indemnisation 2006-2007 du Régime d'assurance-médicaments;
 - une photocopie de votre avis de cotisation de 2005 de l'Agence du revenu du Canada. Si le revenu de chacun des conjoints en 2006 est le même que celui en 2005, vous devez fournir les deux avis de cotisation de 2005.

Chaque année, un contrôle (une vérification) est fait sur tous les formulaires *Régime d'assurance-médicaments — Demande et déclaration de consentement* et les *Feuilles de calcul pour la prévision des revenus*. Les audits sont faits dans le but d'assurer que les montants rapportés sur ces formulaires et ces feuilles de calcul n'ont pas été surestimés ou sous-évalués. S'il y a surévaluation ou sous-évaluation de votre revenu, la franchise du Régime d'assurance-médicaments sera corrigée au cours des années d'indemnisation à venir.

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 les Programmes de médicaments de Santé Manitoba s'il survient 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, veuillez communiquer avec le bureau du Régime d'assurance-médicaments en composant le 786-7141 (à Winnipeg) ou le 1 800 297-8099 (sans frais ailleurs au Manitoba). Les personnes malentendantes ou souffrant de troubles de la parole peuvent composer le 774-8618 ou communiquer avec le Service de relais du Manitoba au 711.

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

Programmes de médicaments
300, rue Carlton
Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9

Rappel: Votre feuille de calcul complétée de l'année 2006/2007 doit être reçue dans notre bureau avant le 31 mars, 2007, afin d'être ajustée.