

Pharmacare Application and Consent Authorization

Provincial Drug Programs
300 Carlton Street
Winnipeg, Manitoba R3B 3M9

Manitoba 
Health, Healthy Living and Seniors

Please Print – One application per family unit		Application Deadline – March 31 of Current Benefit Year	
Applicant's Surname	Given Name	Current Marital Status: <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Common Law <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Single	Spouse's Surname
Manitoba Health Registration Number			Manitoba Health Registration Number
Personal Health Identification Number (PHIN)			Personal Health Identification Number (PHIN)
Social Insurance Number (SIN)			Social Insurance Number (SIN)
Current Address	City/ Town		
Telephone Number	Postal Code		

Note: This information is collected under the authority of section 13 (1) of The Personal Health Information Act and will be used for the purpose of determining Pharmacare benefit eligibility.

Eligible prescription purchases are applied to the annual deductible for each benefit year from April 1 to March 31.

Is the Power of Attorney signing on behalf of the applicant and/or spouse?
(If **Yes**, copies of Power of Attorney documents must be attached) Yes No

If applicable, does the Applicant or Spouse reside in a Personal Care Home? Yes No

Enrolment Options: Option A or Option B must be checked.

<p style="text-align: center;">Option A</p> <p style="text-align: center;">One Time Program Enrolment <input type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ One time application form completion. ✓ Deductible is automatically set on April 1 each benefit year. ✓ Automated application process. ✓ Deductible Confirmation letter will automatically be provided at beginning of each benefit year. ✓ Income tax information from two years prior to the beginning of the benefit year is supplied by Canada Revenue Agency. 	<p style="text-align: center;">Option B</p> <p style="text-align: center;">Annual Application <input type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Must apply annually within each benefit year, April 1 to March 31. ✓ Deductible is set only upon processing of application. ✓ Must provide satisfactory income information each year, e.g. Notice of Assessment from Canada Revenue Agency – Line 150, from two years prior to the beginning of the benefit year.
---	--

CONSENT

I hereby consent to the release, to the Manitoba Department of Health by the Canada Revenue Agency, of income, expense and identifying information, including name, marital status, and birthdate, from my income tax returns and from other sources, and if applicable, similar information respecting my spouse. This information will be relevant to and used solely for the purpose of verifying my eligibility and determining the amount of benefits established under *The Prescription Drugs Cost Assistance Act* and regulations made thereunder, and will not be disclosed to any person without my approval.

This authorization is valid for the two previous taxation years, the current taxation year and for each subsequent consecutive taxation year during which my family unit seeks coverage under the Pharmacare program or someone seeks such coverage on behalf of my family unit. I understand that, if I wish to withdraw this authorization, I may do so at any time by writing to the Pharmacare program.

Signature of Applicant

Date

Signature of Spouse

Date

DECLARATION

I declare that all the information I have provided in this form is complete and where enrolment Option B is chosen, I have fully disclosed my total income from all sources. I also certify that the prescription drug costs for which I am or will be claiming benefits are not covered by another federal/provincial/municipal program. I understand that a false statement constitutes fraud and may result in recovery of any benefits paid by Manitoba Health.

Signature of Applicant

Date

Signature of Spouse

Date

The completed form can be forwarded to Manitoba Health, 300 Carlton Street, Winnipeg MB, R3B 3M9 or faxed to 204-786-6634. For additional information, please contact our office at 204-786-7141, toll free 1-800-297-8099 or www.gov.mb.ca/health/pharmacare.

Reminder: For this application to be considered complete: Enrolment Option (A) or (B) must be selected and signatures are required in both the Consent & Declaration sections.

(français au verso)

Régime d'assurance-médicaments

Demande et déclaration de consentement

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



Écrire en lettres moulées – Une demande par unité familiale. Date limite : le 31 mars de l'année d'indemnisation en cours

Nom de famille du demandeur	Prénom	Situation de famille actuelle : <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Union de fait <input type="checkbox"/> Veuf ou veuve <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Célibataire	Nom de famille du conjoint	Prénom
Numéro d'immatriculation de Santé Manitoba			Numéro d'immatriculation de Santé Manitoba	
Numéro d'identification personnel (NIP)			Numéro d'identification personnel (NIP)	
Numéro d'assurance sociale (NAS)			Numéro d'assurance sociale (NAS)	
Adresse actuelle		Ville ou village		
Numéro de téléphone		Code postal		

Remarque : Ces renseignements sont recueillis en vertu du paragraphe 13(1) de la Loi sur les renseignements médicaux personnels et serviront à déterminer l'admissibilité aux prestations du Régime d'assurance-médicaments.
Les achats de médicaments admissibles sont soumis à la franchise annuelle en vigueur pour chaque année d'indemnisation allant du 1^{er} avril au 31 mars.

Un mandataire signe-t-il au nom du demandeur ou de son conjoint ? Oui Non
(Si la réponse est **oui**, veuillez joindre une copie de la procuration.)

Le demandeur ou son conjoint réside-t-il en foyer de soins personnels? Oui Non

Options d'inscription : Veuillez choisir l'option A ou B ci-dessous et cocher la case correspondante.

Option A Inscription initiale unique	<input type="checkbox"/>	Option B Inscription par demande annuelle	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Un seul formulaire de demande à remplir. ✓ Le montant de la franchise est automatiquement établi le 1^{er} avril de chaque année d'indemnisation. ✓ Le processus de demande d'inscription est automatisé. ✓ Une lettre de confirmation du montant de la franchise est automatiquement envoyée au début de chaque année d'indemnisation. ✓ L'Agence canadienne du revenu fournit les renseignements relatifs à l'impôt sur le revenu pour les deux années précédant le début de l'année d'indemnisation. 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Une demande doit être remplie pour chaque année d'indemnisation, qui va du 1^{er} avril au 31 mars. ✓ Le montant de la franchise n'est déterminé qu'au moment du traitement de la demande d'inscription. ✓ Le demandeur doit fournir chaque année à Santé Manitoba des renseignements satisfaisants sur son revenu (par ex. : une copie de l'avis de cotisation fourni par l'Agence canadienne du revenu, ligne 150) pour les deux années précédant le début de l'année d'indemnisation. 	

CONSENTEMENT

J'accepte, par la présente, que l'Agence du revenu du Canada communique au ministère de la Santé du Manitoba des renseignements sur mes revenus et mes dépenses, ainsi que des renseignements signalétiques personnels, notamment mon nom, ma situation de famille et ma date de naissance, issus de mes déclarations de revenus et d'autres sources, ainsi que ces mêmes renseignements pour mon conjoint, le cas échéant. Ces renseignements doivent être de nature pertinente et seront uniquement utilisés pour vérifier mon admissibilité et déterminer le montant des prestations auxquelles je peux prétendre en vertu de la Loi sur l'aide à l'achat de médicaments sur ordonnance et de ses règlements d'application et ils ne seront divulgués à aucune autre personne sans mon autorisation.

La présente autorisation vise les deux dernières années d'imposition, l'année d'imposition en cours, ainsi que les années d'imposition consécutives pendant lesquelles mon unité familiale déposera des demandes de remboursement en vertu du Régime d'assurance-médicaments ou quelqu'un déposera des demandes de remboursement au nom de mon unité familiale. Je comprends que j'ai le droit de mettre fin à cette autorisation à tout moment en communiquant par écrit avec le Régime d'assurance-médicaments.

Signature du demandeur

Date

Signature du conjoint

Date

DÉCLARATION

J'atteste par la présente que tous les renseignements contenus dans cette demande sont exacts et complets et, si j'ai choisi l'option B, que j'ai effectivement déclaré le montant total de mes revenus, en tenant compte de toutes mes sources de revenu. J'atteste également que les frais de médicaments sur ordonnance pour lesquels je fais ou je ferai une demande de remboursement ne sont pas pris en charge par un autre programme fédéral, provincial ou municipal de remboursement. Je comprends que toute fausse déclaration constitue une fraude et pourrait entraîner le recouvrement de tous les remboursements versés par Santé Manitoba.

Signature du demandeur

Date

Signature du conjoint

Date

Veuillez envoyer le formulaire rempli à : Santé Manitoba, 300, rue Carlton, Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9. Vous pouvez également l'envoyer par télécopieur au 204 786-6634. Pour plus de renseignements, communiquez avec notre bureau en appelant au 204 786-7141 ou, sans frais, au 1 800 297-8099. Vous pouvez aussi consulter notre site Web au www.gov.mb.ca/health/pharmacare/index.fr.html.

Rappel : Pour que cette demande soit complète il faut choisir une option d'inscription (option A ou B) et les sections Consentement et Déclaration doivent toutes les deux être signées.

(English on reverse side)