

55 PLUS - A MANITOBA INCOME SUPPLEMENT « 55 ET PLUS », UN SUPPLÉMENT DE REVENU DU MANITOBA

Application Demande

THIS APPLICATION IS FOR PEOPLE WHO ARE NOT RECEIVING FEDERAL OLD AGE SECURITY AND GUARANTEED INCOME SUPPLEMENT, THE ALLOWANCE OR ALLOWANCE FOR THE SURVIVOR.

CETTE DEMANDE EST DESTINÉE AUX PERSONNES QUI NE REÇOIVENT PAS DE PRESTATIONS FÉDÉRALE DE SÉCURITÉ DE VIEILLESSE ET LE SUPPLÉMENT DE REVENU GARANTI, L'ALLOCATION OU L'ALLOCATION AU SURVIVANT.

(Le masculin comprend le féminin, et le pluriel comprend le singulier.)

Have you ever filed an application for 55 PLUS - A Manitoba Income Supplement? Yes No

Avez-vous déjà produit une demande dans le cadre du Programme « 55 ET PLUS », un supplément de revenu du Manitoba? Oui Non

SECTION A PLEASE PRINT CURRENT INFORMATION SITUATION ACTUELLE VEUILLEZ ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES

APPLICANT DEMANDEUR						SPOUSE OR COMMON-LAW PARTNER CONJOINT OU CONJOINT DE FAIT						
1. MANITOBA HEALTH NUMBER / NUMÉRO DE SANTÉ MANITOBA						6 digits 6 chiffres						6 digits 6 chiffres
2. LAST NAME / NOM DE FAMILLE												
3. FIRST NAME / PRÉNOM												
4. SEX & BIRTHDATE / SEXE ET DATE DE NAISSANCE	<input type="checkbox"/> MALE / MASCULIN	<input type="checkbox"/> FEMALE / FÉMININ	DAY / JOUR	MONTH / MOIS	YEAR / ANNÉE		<input type="checkbox"/> MALE / MASCULIN	<input type="checkbox"/> FEMALE / FÉMININ	DAY / JOUR	MONTH / MOIS	YEAR / ANNÉE	CODE
5. SOCIAL INSURANCE NO. / NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE												

APPLICANT DEMANDEUR						SPOUSE OR COMMON-LAW PARTNER CONJOINT OU CONJOINT DE FAIT							
6. RESIDENCE ADDRESS / ADRESSE À DOMICILE													
PLEASE PRINT / VEUILLEZ ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES													
POSTAL CODE / CODE POSTAL							POSTAL CODE / CODE POSTAL						
7. MAILING ADDRESS / ADRESSE POSTALE													
POSTAL CODE / CODE POSTAL							POSTAL CODE / CODE POSTAL						CODE
EMAIL / COURRIEL							EMAIL / COURRIEL						

8. INDICATE CURRENT MARITAL OR COMMON-LAW RELATIONSHIP STATUS / SITUATION DE FAMILLE ACTUELLE

Single / Célibataire Married / Common-Law Partner / Marié ou conjoint de fait Divorced / Divorcé Widowed / Veuf Separated (including from Common-Law Partner) / Séparé (y compris les conjoints de fait séparés) CODE

Date current marital status began / Votre situation de famille actuelle existe depuis

RETURN TO:
Provincial Services
100 – 114 Garry Street
Winnipeg, MB R3C 4V4

RENOYER À :
Services à la famille Manitoba
114, rue Garry, bureau 100
Winnipeg (Manitoba) R3C 4V4

FOR OFFICE USE ONLY / RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION				MC
				BF
EFF. DATE	DAY	MO.	YEAR	
	0 1		2 0	01
AUTHORIZATION				CODE
R.V. DATES		R.V. AMOUNT		

**APPLICANT
DEMANDEUR**

**SPOUSE OR COMMON-LAW PARTNER
CONJOINT OU CONJOINT DE FAIT**

9. TELEPHONE NO. NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

	HOME/DOMICILE	MESSAGES/MESSAGES

If you wish to be contacted through an interpreter, please provide:

Si vous désirez que nous communiquions avec vous par l'intermédiaire d'un interprète, veuillez fournir les renseignements suivants :

Name of interpreter/Nom de l'interprète

Phone number of interpreter/Numéro de téléphone de l'interprète

In which language do you wish to receive your correspondence? English/Anglais
 Dans quelle langue désirez-vous qu'on s'adresse à vous? French/Français

CODE

9. TELEPHONE NO. NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

	HOME/DOMICILE	MESSAGES/MESSAGES

If you wish to be contacted through an interpreter, please provide:

Si vous désirez que nous communiquions avec vous par l'intermédiaire d'un interprète, veuillez fournir les renseignements suivants :

Name of interpreter/Nom de l'interprète

Phone number of interpreter/Numéro de téléphone de l'interprète

In which language do you wish to receive your correspondence? English/Anglais
 Dans quelle langue désirez-vous qu'on s'adresse à vous? French/Français

CODE

SECTION B CURRENT EMPLOYMENT INFORMATION EMPLOI ACTUEL

(Please check appropriate box)
(cochez l'une des cases suivantes)

<input type="checkbox"/> Unemployed Sans travail	<input type="checkbox"/> Homemaker Personne au foyer	CODE
<input type="checkbox"/> Employed Employé	<input type="checkbox"/> Self-employed Travail indépendant	CODE
<input type="checkbox"/> Retired Retraité	<input type="checkbox"/> Farmer Agriculteur	

(Please check appropriate box)
(cochez l'une des cases suivantes)

<input type="checkbox"/> Unemployed Sans travail	<input type="checkbox"/> Homemaker Personne au foyer	CODE
<input type="checkbox"/> Employed Employé	<input type="checkbox"/> Self-employed Travail indépendant	CODE
<input type="checkbox"/> Retired Retraité	<input type="checkbox"/> Farmer Agriculteur	

SECTION C RESIDENCY STATUS STATUT DE RÉSIDENT

Country of Birth Pays d'origine _____

Date of Permanent Residency (If born outside Canada)
Date de résidence permanente (en cas de naissance à l'extérieur du Canada)

DAY	MONTH	YEAR	CODE

NOTE: Please include a copy of your Confirmation of Permanent Residency if you immigrated into Canada in the past eleven years, if one has not already been sent.

REMARQUE : Veuillez fournir, si vous ne l'avez déjà fait, une copie de votre confirmation de résidence permanente si vous avez immigré au Canada durant les onze dernières années.

Country of Birth Pays d'origine _____

Date of Permanent Residency (If born outside Canada)
Date de résidence permanente (en cas de naissance à l'extérieur du Canada)

DAY	MONTH	YEAR	CODE

NOTE: Please include a copy of your Confirmation of Permanent Residency if you immigrated into Canada in the past eleven years, if one has not already been sent.

REMARQUE : Veuillez fournir, si vous ne l'avez déjà fait, une copie de votre confirmation de résidence permanente si vous avez immigré au Canada durant les onze dernières années.

SECTION D INCOME ASSISTANCE AIDE SOCIALE

(Please check appropriate box)
(cochez l'une des cases suivantes)

Are you currently receiving income assistance? Yes No
 Êtes-vous bénéficiaire de prestations d'aide sociale? Oui Non

If receiving health care benefits only, check "No"
Si vous recevez de l'aide sociale seulement pour soins de santé, cochez la case NON.

If "Yes", check source:
 Dans l'affirmative, précisez la source :

<input type="checkbox"/> Provincial Province	<input type="checkbox"/> Government of Canada or a First Nation - Not Canadian Pension Plan (CPP) Benefits Gouvernement du Canada ou Première Nation - Pas les prestations du Régime de pensions du Canada	CODE
---	---	------

(Please check appropriate box)
(cochez l'une des cases suivantes)

Are you currently receiving income assistance? Yes No
 Êtes-vous bénéficiaire de prestations d'aide sociale? Oui Non

If receiving health care benefits only, check "No"
Si vous recevez de l'aide sociale seulement pour soins de santé, cochez la case NON.

If "Yes", check source:
 Dans l'affirmative, précisez la source :

<input type="checkbox"/> Provincial Province	<input type="checkbox"/> Government of Canada or a First Nation - Not Canadian Pension Plan (CPP) Benefits Gouvernement du Canada ou Première Nation - Pas les prestations du Régime de pensions du Canada	CODE
---	---	------

SECTION E

FINANCIAL ASSISTANCE

AIDE FINANCIÈRE

(Please check appropriate box)
(cochez l'une des cases suivantes)

(Please check appropriate box)
(cochez l'une des cases suivantes)

In the past two years, did you receive:
Durant les deux dernières années, avez-vous reçu des revenus ou des prestations de l'une des sources suivantes :

In the past two years, did you receive:
Durant les deux dernières années, avez-vous reçu des revenus ou des prestations de l'une des sources suivantes :

Non-taxable income or pensions? Yes No
Emploi ou pensions non imposables? Oui Non

Non-taxable income or pensions? Yes No
Emploi ou pensions non imposables? Oui Non

Specify source/veuillez préciser: _____

Specify source/veuillez préciser: _____

Non-taxable sickness or insurance benefits? Yes No
Autres prestations non imposables d'assurance ou de maladie? Oui Non

Non-taxable sickness or insurance benefits? Yes No
Autres prestations non imposables d'assurance ou de maladie? Oui Non

Specify source/veuillez préciser: _____

Specify source/veuillez préciser: _____

SECTION F

INCOME TAX RETURN

DÉCLARATION D'IMPÔT

(Please check appropriate box)
(cochez l'une des cases suivantes)

(Please check appropriate box)
(cochez l'une des cases suivantes)

Have you filed an income tax return for the previous tax year?
Avez-vous produit une déclaration d'impôt pour la dernière année d'imposition?

Have you filed an income tax return for the previous tax year?
Avez-vous produit une déclaration d'impôt pour la dernière année d'imposition?

If "Yes" please provide a copy of your income tax forms, including all T slips, schedules and statements of income and expenses. Please DO NOT send your NOTICE OF ASSESSMENT.
Dans l'affirmative, veuillez fournir une copie de votre déclaration d'impôt, de vos feuillets T, de vos annexes dûment remplies et de vos états des revenus et dépenses. N'envoyer pas votre avis de cotisation.

If "Yes" please provide a copy of your income tax forms, including all T slips, schedules and statements of income and expenses. Please DO NOT send your NOTICE OF ASSESSMENT.
Dans l'affirmative, veuillez fournir une copie de votre déclaration d'impôt, de vos feuillets T, de vos annexes dûment remplies et de vos états des revenus et dépenses. N'envoyer pas votre avis de cotisation.

Were you, or are you being, claimed as a dependent on a relative's tax return?
Avez-vous été ou serez-vous déclaré comme personne à charge aux fins de l'impôt par un membre de votre famille?

Were you, or are you being, claimed as a dependent on a relative's tax return?
Avez-vous été ou serez-vous déclaré comme personne à charge aux fins de l'impôt par un membre de votre famille?

If "Yes" please provide a copy of that relative's Canada Customs and Revenue Agency Schedule 5.
Dans l'affirmative, veuillez fournir une copie de l'Annexe 5 (de l'Agence des douanes et du revenu du Canada), produite par le membre de votre famille qui vous déclare comme personne à charge.

If "Yes" please provide a copy of that relative's Canada Customs and Revenue Agency Schedule 5.
Dans l'affirmative, veuillez fournir une copie de l'Annexe 5 (de l'Agence des douanes et du revenu du Canada), produite par le membre de votre famille qui vous déclare comme personne à charge.

YOUR TAX DOCUMENTS WILL ONLY BE RETURNED UPON YOUR REQUEST. LES DOCUMENTS CONCERNANT VOTRE DÉCLARATION D'IMPÔT VOUS SERONT RETOURNÉS UNIQUEMENT SI VOUS EN FAITES LA DEMANDE.

YOUR TAX DOCUMENTS WILL ONLY BE RETURNED UPON YOUR REQUEST. LES DOCUMENTS CONCERNANT VOTRE DÉCLARATION D'IMPÔT VOUS SERONT RETOURNÉS UNIQUEMENT SI VOUS EN FAITES LA DEMANDE.

SECTION G

PLEASE ENSURE YOU READ THIS DECLARATION CAREFULLY

LISEZ CETTE DÉCLARATION ATTENTIVEMENT

DECLARATION OF APPLICANT AND SPOUSE OR COMMON-LAW PARTNER / DÉCLARATION DU DEMANDEUR ET CONJOINT OU CONJOINT DE FAIT

I/We hereby apply for benefits under the 55 PLUS program. I/We declare that to the best of my/our knowledge the information given on this application is true and complete. I/We authorize and give consent to the securing of any information records from any source as may be deemed necessary for verification purposes. Anyone who knowingly makes a false or misleading statement in the application is guilty of an offence under The Social Services Administration Act.

Je sollicite (nous sollicitons), par la présente, l'octroi de prestations en vertu du Programme (« 55 ET PLUS »). Autant que je sache (nous sachions), les renseignements fournis dans la présente demande sont véridiques et complets. Je donne (nous donnons) mon (notre) autorisation et mon (notre) consentement à l'administration pour qu'elle obtienne tous les renseignements utiles à la vérification de cette demande. Toute personne qui, consciemment, fait une déclaration fausse ou de nature à induire en erreur, est coupable d'infraction à la Loi sur l'administration des services sociaux.

Signature of Applicant/Signature du demandeur

Signature of Spouse or Common-Law Partner/
Signature du conjoint ou conjoint de fait

Date

If applicant, spouse or common-law partner signs with a mark (X), the mark must be witnessed.
Si le demandeur, le conjoint ou conjoint de fait signe au moyen d'une croix (X), celle-ci devra être certifiée par la signature d'un témoin.

Signature of Witness
Signature du témoin

Telephone Number and Address of Witness
Numéro de téléphone et adresse du témoin

Date

SECTION H INCOME INFORMATION

RENSEIGNEMENTS SUR LE REVENU

Please show all figures in dollars and cents. *Veillez inscrire tous les montants en dollars et en cents.*

	OFFICE USE / RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION	APPLICANT / DEMANDEUR		SPOUSE OR COMMON-LAW PARTNER / CONJOINT OU CONJOINT DE FAIT	OFFICE USE / RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION
EMPLOYMENT INCOME REVENUS D'EMPLOI					
1. Gross earnings from employment (lines 101 + 104 of tax return) <i>Revenus d'emploi bruts (lignes 101 plus 104 de la déclaration d'impôt)</i>		.	1	.	
2. Calculate 20% of line 1 to a maximum of \$500.00 <i>Inscrivez 20 % de la ligne 1 jusqu'à concurrence de 500 \$</i>		.	2	.	
3. C.P.P./E.I. premiums (line 308 plus lines 310, 312 & 222 of tax return) <i>Cotisations au RPC et à l'A-E (lignes 308 plus 310, 312 et 222 de la déclaration d'impôt)</i>		.	3	.	
4. TOTAL EARNINGS FROM EMPLOYMENT <i>TOTAL DES REVENUS D'EMPLOI</i> $\left(\begin{array}{l} \text{Line 1 less} \\ \text{lines 2 and 3} \\ \text{ligne 1 moins} \\ \text{lignes 2 et 3} \end{array} \right)$.	4	.	
SELF-EMPLOYMENT INCOME REVENUS D'UN TRAVAIL INDÉPENDANT					
5. Gross self-employment income <i>Revenus bruts d'un travail indépendant</i>		.	5	.	
6. Total self-employment expenses <i>Total des dépenses relatives à un travail indépendant</i>		.	6	.	
7. Net self-employment income (line 5 less line 6) <i>Revenus nets d'un travail indépendant (ligne 5 moins ligne 6)</i>		.	7	.	
8. Capital cost allowance (depreciation) (Add back, if included in line 6) <i>Déduction pour amortissement (Rajoutez cette somme si vous l'avez inscrite à la ligne 6)</i>		.	8	.	
9. TOTAL EARNINGS FROM SELF-EMPLOYMENT <i>TOTAL DES REVENUS D'UN TRAVAIL INDÉPENDANT</i> $\left(\begin{array}{l} \text{line 7 plus} \\ \text{line 8} \\ \text{ligne 7 plus} \\ \text{ligne 8} \end{array} \right)$.	9	.	
FARMING INCOME REVENUS D'AGRICULTURE					
10. Gross farm income (Do not include inventory adjustment) <i>Revenus bruts d'agriculture (n'incluez pas les rajustements relatifs au stock)</i>		.	10	.	
11. Total farming expenses (Do not include inventory adjustment) <i>Total des dépenses d'agriculture (n'incluez pas les rajustements relatifs au stock)</i>		.	11	.	
12. Net farming income (line 10 less line 11) <i>Revenus nets d'agriculture (ligne 10 moins ligne 11)</i>		.	12	.	
13. Capital cost allowance (depreciation) (Add back, if included in line 11) <i>Déduction pour amortissement (Rajoutez cette somme si vous l'avez inscrite à la ligne 11)</i>		.	13	.	
14. TOTAL EARNINGS FROM FARMING <i>TOTAL DES REVENUS D'AGRICULTURE</i> $\left(\begin{array}{l} \text{Line 12 plus} \\ \text{line 13} \\ \text{ligne 12 plus} \\ \text{ligne 13} \end{array} \right)$.	14	.	
OTHER INCOME REVENUS D'AUTRES PROVENANCES					
15. Canada Pension Plan Benefits (line 114 of tax return) include lump sums <i>Prestations du Régime de pensions du Canada (ligne 114 de la déclaration d'impôt) y compris le plein montant forfaitaire.</i>		.	15	.	
16. Private pensions, taxable annuities and R.R.S.P. withdrawals <i>Pensions privées, rentes imposables et paiements d'un REÉR</i>		.	16	.	
17. Service Disability / Veterans Affairs / Canadian Pension Commission <i>Pensions civiles d'invalidité, pensions d'anciens combattants et de la Commission canadienne des pensions</i>		.	17	.	
18. Employment Insurance benefits (line 119 of tax return) <i>Prestations d'assurance-emploi (ligne 119 de la déclaration d'impôt)</i>		.	18	.	
19. Workers Compensation and other sickness or disability plan benefits <i>Prestations d'accidents du travail ou autres prestations de maladie ou d'invalidité</i>		.	19	.	
20. Federal Old Age Security benefits (line 113 of tax return) <i>Prestations fédérales de sécurité de la vieillesse (ligne 113 de la déclaration d'impôt)</i>		.	20	.	
21. Federal Guaranteed Income Supplement including the Allowance (line 146 of tax return) <i>Prestations fédérales de supplément de revenu garanti, y compris les allocations (ligne 146 de la déclaration d'impôt)</i>		.	21	.	
22. Other pension income such as foreign pensions (Specify/Veuillez préciser) <i>Revenus d'autres pensions ex. : pensions de pays étrangers</i>		.	22	.	
23. Interest income (Line 121 of tax return)(less carrying charges line 221 of tax return) <i>Intérêts (ligne 121 de la déclaration d'impôt)(moins les frais financiers-ligne 221 de la déclaration d'impôt)</i>		.	23	.	
24. Actual dividends (80% of line 120 on tax return) <i>Dividendes réels (80 % de la ligne 120 de la déclaration d'impôt)</i>		.	24	.	
25. Actual capital gains/losses (200% of line 127 on tax return) <i>Gains ou pertes en capital réels (200 % de la ligne 127 de la déclaration d'impôt)</i>		.	25	.	
26. Rental income less expenses (not including depreciation) <i>Revenus de location moins les dépenses (sauf l'amortissement)</i>		.	26	.	
27. Total alimony and maintenance received (line 156 on tax return) <i>Total des pensions alimentaires et allocations d'entretien reçues (ligne 156 de la déclaration d'impôt)</i>		.	27	.	
28. Other income (Includes non-taxable income) (Specify/Veuillez préciser) <i>Autres revenus (Inclure tout revenu non imposable)</i>		.	28	.	
29. TOTAL OTHER INCOME (add lines 15 through 28) <i>TOTAL DES REVENUS D'AUTRES PROVENANCES (additionnez les montants des lignes 15 à 28)</i>		.	29	.	
30. TOTAL INCOME FROM ALL SOURCES (add lines 4, 9, 14, and 29) <i>TOTAL DES REVENUS DE TOUTES CATÉGORIES (additionnez les montants des lignes 4, 9, 14, et 29)</i>		.	30	.	
31. TOTAL FAMILY INCOME <i>TOTAL DU REVENU FAMILIAL</i> $\left(\begin{array}{l} \text{add applicant and spouse or common-law partner} \\ \text{amounts from line 30} \\ \text{additionnez les revenus du demandeur et du} \\ \text{conjoint ou conjoint de fait indiqués à ligne 30} \end{array} \right)$.	31	.	
32. DEDUCT: Alimony and maintenance paid by Applicant and/or Spouse or Common-Law Partner (line 230 of tax return) <i>MOINS : les pensions alimentaires et allocations d'entretien versées par le demandeur ou son conjoint ou conjoint de fait (ligne 230 de la déclaration d'impôt)</i>		.	32	.	
33. NET FAMILY INCOME <i>REVENU FAMILIAL NET</i> $\left(\begin{array}{l} \text{subtract amounts on} \\ \text{line 32 from line 31} \\ \text{ligne 31 moins} \\ \text{ligne 32} \end{array} \right)$.	33	.	

SECTION I

1. MANITOBA HEALTH NUMBER / NUMÉRO DE SANTÉ MANITOBA	APPLICANT DEMANDEUR						SPOUSE OR COMMON-LAW PARTNER CONJOINT OU CONJOINT DE FAIT					
						6 digits 6 chiffres						6 digits 6 chiffres
2. LAST NAME NOM DE FAMILLE												
3. FIRST NAME PRÉNOM												

PLEASE NOTE: THIS SECTION FORMS PART OF THE APPLICATION. BOTH THE APPLICANT AND SPOUSE OR COMMON-LAW PARTNER (IF APPLICABLE) ARE REQUIRED TO SIGN BELOW.

VEUILLEZ NOTER QUE CETTE SECTION FAIT PARTIE INTÉGRANTE DE LA DEMANDE. LE DEMANDEUR ET SON CONJOINT OU CONJOINT DE FAIT (LE CAS ÉCHÉANT) DOIVENT SIGNER CI-DESSOUS.

**CANADA CUSTOMS AND REVENUE AGENCY AUTHORIZATION OF APPLICANT & SPOUSE OR COMMON-LAW PARTNER
AUTORISATION ACCORDÉE À L'AGENCE DES DOUANES ET DU REVENU DU CANADA PAR LE DEMANDEUR ET SON CONJOINT OU CONJOINT DE FAIT
CONSENT FORM**

I/we hereby consent to the release, by the Canada Customs and Revenue Agency to Entrepreneurship, Training and Trade, of information from my/our income tax returns, and other taxpayer information. The information will be relevant to, and used solely for the purpose of, determining and verifying eligibility for the 55 PLUS program under **The Social Services Administration Act** of Manitoba, and will not be disclosed to any other person without my approval. This authorization is valid for the most recently available of the two taxation years prior to the year of signature of this consent. It is also valid for the year of signature, and each consecutive taxation year following the year of signature, for which I/we request assistance. I/we understand that, if I/we wish to withdraw this consent, I/we may do so at any time by writing to Entrepreneurship, Training and Trade.

J'autorise (nous autorisons) L'Agence des douanes et du revenu du Canada à transmettre au ministère d'Entrepreneuriat, Formation professionnelle et Commerce des renseignements provenant de (mes) nos déclarations d'impôt et d'autres renseignements confidentiels. Ces renseignements serviront uniquement à établir et à confirmer l'admissibilité au Programme « 55 ET PLUS » découlant de la Loi sur les services sociaux et ne sera divulgué sans ma(notre) permission. Cette autorisation est valide pendant les deux années d'impôt disponibles précédant l'année de la signature, pendant l'année de la signature et chaque année subséquente où une demande est présentée. Je comprends (nous comprenons) que je pourrai (nous pourrons) retirer cette autorisation à n'importe quel moment, en écrivant à Entrepreneuriat, Formation professionnelle et Commerce.

Name of Applicant (please print) Nom du demandeur (en lettres moulées)	Signature of Applicant Signature du demandeur	Social Insurance Number Numéro d'assurance sociale	Date
Name of Spouse or Common-Law Partner (please print) Nom du conjoint ou conjoint de fait (en lettres moulées)	Signature of Spouse or Common-Law Partner Signature du conjoint ou conjoint de fait	Social Insurance Number Numéro d'assurance sociale	Date

**AUTHORITY TO COLLECT PERSONAL INFORMATION
AUTORISATION DE RECUEILLIR DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

The personal information in this application is collected for the 55 PLUS Program, which is established under **The Social Services Administration Act, the Income Supplement for Persons Not Eligible for Old Age Security Benefits (55 PLUS) Regulation and the Income Supplement for Persons Eligible for Old Age Security Benefits (55 PLUS) Regulation.**

The personal information collected will be used to determine your household's eligibility for assistance and the amount of assistance and to prevent and detect fraud.

If you have questions about the collection of information, please contact Entrepreneurship, Training and Trade Toll Free 1-800-563-8793.

Les renseignements personnels de cette demande sont recueillis pour le Programme manitobain « 55 ET PLUS » qui a été établi en vertu de la Loi relative aux services sociaux, du Règlement concernant le supplément de revenu à l'intention des personnes âgées de 55 ans et plus, lesquelles ne sont pas admissibles aux prestations de sécurité de la vieillesse et du Règlement concernant le supplément de revenu à l'intention des personnes âgées de 55 ans plus, lesquelles sont admissibles aux prestations de la vieillesse.

Les renseignements personnels recueillis serviront à déterminer l'admissibilité de votre ménage à l'aide et le montant à verser, et à prévenir et à détecter les fraudes.

Si vous avez des questions sur la collecte des renseignements, veuillez communiquer avec le bureau d'Entrepreneuriat, Formation professionnelle et Commerce sans frais à 1-800-563-8793.

This information is available in alternate formats upon request.
Ces renseignements sont offerts dans de multiples formats sur demande.

Manitoba



Families