

**PORTABLE HOUSING BENEFIT /
ALLOCATION-LOGEMENT TRANSFÉRABLE**



**Families
Familles**

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

Telephone: 204 945-2197
Toll Free: 1-877-587-6224
Fax: 204 945-3930

Services provinciaux
114, rue Garry, bureau 100
Winnipeg (Manitoba) R3C 4V4

Téléphone : 204 945-2197
Sans frais : 1 877-587-6224
Télécopieur : 204 945-3930

In which language do you wish to receive your correspondence?
Dans quelle langue préférez-vous recevoir votre correspondance?

English French
Anglais Français

Applicant / Demandeur							
Surname / Nom de famille				Given Name / Prénom			
Residence Address / Adresse du domicile			City or Town / Ville ou village		Province MB	Postal Code / Code postal	
Mailing Address (if different from above) / Adresse postale (si elle diffère de l'adresse ci-dessus)			City or Town / Ville ou village		Province MB	Postal Code / Code postal	
Telephone Number: Numéro de téléphone :	Home / Domicile	Messages	Work / Travail	Birth Date / Date de naissance	Day / Jour	Month / Mois	Year / Année
Social Insurance Number / Numéro d'assurance sociale							
Marital Status (Please check one) / Situation de famille (Veuillez cocher une case) <input type="checkbox"/> Single/ Célibataire <input type="checkbox"/> Married/Marié ou mariée <input type="checkbox"/> Common Law Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Separated/ Séparé ou Séparée <input type="checkbox"/> Divorced./ Divorcé ou divorcée <input type="checkbox"/> Widowed/Veuf ou veuve				Citizenship / Citoyenneté <input type="checkbox"/> Canadian Citizen / Citoyenneté canadienne <input type="checkbox"/> Landed Immigrant / Statut de résident permanent If not a Canadian Citizen, please enclose a copy of your IMM1000 Si vous n'avez pas la citoyenneté canadienne, veuillez joindre une copie de votre IMM1000			

Spouse including Common-Law Partner / Conjoint ou conjoint de fait							
Surname / Nom de famille				Given Name / Prénom			
Residence Address / Adresse du domicile			City or Town / Ville ou village		Province MB	Postal Code / Code postal	
Mailing Address (if different from above) / Adresse postale (si elle diffère de l'adresse ci-dessus)			City or Town / Ville ou village		Province MB	Postal Code / Code postal	
Telephone Number: Numéro de téléphone :	Home / Domicile	Messages	Work / Travail	Birth Date / Date de naissance	Day / Jour	Month / Mois	Year / Année
Social Insurance Number / Numéro d'assurance sociale							
Marital Status (Please check one) / Situation de famille (Veuillez cocher une case) <input type="checkbox"/> Single/ Célibataire <input type="checkbox"/> Married/Marié ou mariée <input type="checkbox"/> Common Law Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Separated/ Séparé ou Séparée <input type="checkbox"/> Divorced./ Divorcé ou divorcée <input type="checkbox"/> Widowed/Veuf ou veuve				Citizenship / Citoyenneté <input type="checkbox"/> Canadian Citizen / Citoyenneté canadienne <input type="checkbox"/> Landed Immigrant / Statut de résident permanent If not a Canadian Citizen, please enclose a copy of your IMM1000 Si vous n'avez pas la citoyenneté canadienne, veuillez joindre une copie de votre IMM1000			

Agency Information / Renseignements sur l'organisme			
Agency Name / Nom de l'organisme		Worker's Name / Nom du travailleur ou de la travailleuse	Telephone / Téléphone
Agency Mailing Address / Adresse postale de l'organisme		City or Town / Ville ou village	Province MB
			Postal Code / Code postal

Accommodation Information / Renseignements sur le logement	Effective Date for PHB application / Date d'entrée en vigueur		
Number of Bedrooms / Nombre de chambres à coucher	Day Jour	Month Mois	Year Année
Monthly Rent / Loyer Mensuel			

If there are retro payments, please specify where payments should be directed/ _____ :

Applicant, mailed to Applicant's home address/le payable au Demandeur, envoyé au Demandeur

Applicant, direct deposit / Demandeur, dépôt direct

Applicant, mailed to Service Provider/Agency/le payable au Demandeur, envoyé à l'organisme

Landlord, mailed to Landlord's address as indicated below/le payable au propriétaire, envoyé pour adresser indiqué au dessous

Provincial Services Use Only / Réserve aux Services provinciaux

Actual Rent / Loyer réel	EIA / Aide à l'emploi et au revenu	PHB / Allocation-logement transférable
--------------------------	------------------------------------	--

Current Household Income Sources / Sources actuelles de revenu du ménage

Do you currently receive Employment and Income Assistance / Recevez-vous actuellement une aide à l'emploi et au revenu?

Yes – Please complete Section A below / Oui – Veuillez remplir la section A ci-dessous

A. Employment and Income Assistance / Aide à l'emploi et au revenu

EIA Worker's Name / Nom du travailleur ou de la travailleuse de l'Aide à l'emploi et au revenu	Telephone / Téléphone	EIA Case No. / Numéro de dossier de l'Aide à l'emploi et au revenu	
Office Name / Nom du bureau		EIA Monthly Rental Allowance / Allocation-logement mensuelle de l'Aide à l'emploi et au revenu	
Office Address / Adresse du bureau	City or Town / Ville ou village	Province MB	Postal Code / Code postal

PAYMENT INFORMATION / RENSEIGNEMENTS SUR LE PAIEMENT

The PHB should be paid to / Une allocation-logement transférable devrait être payé à:

Applicant, mailed to Applicant's home address/le payable au Demandeur, envoyé au Demandeur

Applicant, direct deposit / Demandeur, dépôt direct

Applicant, mailed to Service Provider/Agency/le payable au Demandeur, envoyé à l'organisme

Landlord, mailed to Landlord's address as indicated below/le payable au propriétaire, envoyé pour adresser indiqué au dessous

Authorization to pay the PHB direct to the landlord / L'autorisation pour payer de PHB direct au propriétaire

Landlord Name / Nom de propriétaire _____

Mailing Address / Adresse postale _____

Landlord Telephone / Numéro de téléphone de propriétaire _____

I hereby authorize the payment of my Portable Housing Benefit (PHB) direct to my landlord each month. / J'autorise par la présente le paiement de ma allocation-logement transférable être payé direct à mon propriétaire chaque mois.

Applicant Signature / Signature de la personne qui fait la demande

Date

CONSENT FORM / FORMULE DE CONSENTEMENT

I hereby consent to the release, by the Canada Revenue Agency to Manitoba Families, 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 Portable Housing Benefit 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 request assistance. I understand that, if I wish to withdraw this consent, I may do so at any time by writing to Provincial Services.

J'accepte, par la présente, que l'Agence du revenu du Canada communique à Manitoba Familles des renseignements sur mes déclarations de revenus ainsi que d'autres renseignements fiscaux. Ces renseignements doivent être de nature pertinente et servir seulement à déterminer et à vérifier l'admissibilité à une allocation-logement transférable. Ils ne peuvent être divulgués à aucune autre personne sans mon autorisation.

Ce consentement est valable pour la plus récente des deux dernières années d'imposition (précédant l'année de la signature de cette formule) pour laquelle ces renseignements existent. Il est également valable pour l'année de la signature et pour chaque année d'imposition suivante pour laquelle je pourrais présenter une demande d'aide. Je comprends que j'ai le droit de mettre fin à ce consentement à tout moment en communiquant par écrit avec les Services provinciaux.

Name of Applicant: (please print)
Nom de la personne qui fait la demande (en lettres moulées) :

Social Insurance Number of Applicant
Numéro d'assurance sociale de la personne qui fait la demande

Signature of Applicant:
Signature de la personne qui fait la demande

Date

Spouse/Common-law Partner (if applicable)
Conjoint ou conjoint de fait (le cas échéant)

Name of Spouse/Common-law Partner: (please print)
Nom du conjoint ou conjoint de fait (en lettres moulées)

Social Insurance Number of spouse/ Common-law Partner
Numéro d'assurance sociale du conjoint ou conjoint de fait

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

Date

FOR AGENCY USE ONLY / RÉSERVÉ À L'ORGANISME

I declare that the applicant meets the eligibility criteria for the Portable Housing Benefit and that the documentation for this decision will be kept on file at the agency for the duration of this application.

Je déclare que la personne qui fait la demande répond aux critères d'admissibilité à une allocation-logement transférable et que les documents qui appuient cette décision seront gardés dans nos dossiers pour la durée de validité de cette demande.

Name of worker making the declaration (please print)
Nom du travailleur ou de la travailleuse faisant cette déclaration (en lettres moulées)

Signature of worker making the declaration
Signature du travailleur ou de la travailleuse faisant cette déclaration

Date the declaration was signed
Date à laquelle la déclaration a été signée