

DÉCLARATION D'ÂGE

Numéro d'identification personnel (9 chiffres) _____

Numéro d'immatriculation de Santé Manitoba (6 caractères alphanumériques) _____

Afin de déterminer mon admissibilité à la couverture en fonction des revenus dans le cadre du Régime d'assurance-médicaments du Manitoba, je déclare ce qui suit :

Je, (nom) _____, avais moins de 18 ans au cours de l'année d'imposition **2024** et, par conséquent, je n'ai pas gagné de revenu ni produit de déclaration de revenu auprès de l'Agence du revenu du Canada.

OU

Je, (nom) _____, avais moins de 18 ans au cours de l'année d'imposition **2024** et j'ai gagné _____ \$, mais je n'ai pas produit de déclaration de revenu auprès de l'Agence du revenu du Canada.

- En cochant cette case, je déclare que tous les renseignements fournis dans ce formulaire sont complets et que j'ai déclaré l'intégralité de mes revenus, toutes sources confondues. Je comprends qu'une fausse déclaration constitue une fraude et peut entraîner le recouvrement de toute prestation versée par le ministère de la Santé du Manitoba.

Signature de la personne présentant la demande

Date
