

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



Manitoba Housing and Renewal Corporation
Société d'habitation et de rénovation du Manitoba

Provincial Services
100-114 Garry St
Winnipeg, MB R3C 4V4

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

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

De Winnipeg : 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 / Dom.	Cell/Cellulaire	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 / Dom.	Cell/Cellulaire	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	Anticipated Start Date / Date d'entrée en vigueur anticipée		
Number of Bedrooms / Nombre de chambres à coucher	Day Jour	Month Mois	Year Année
Monthly Rent / Loyer mensuel	Applicant's Portion of Rent / Montant du loyer payé par le demandeur		

If there are retro payments, please specify where payments should be directed/ S'il y a des paiements rétroactifs, s'il vous plaît indiquer à qui les envoyer: _____ :

- Applicant, mailed to Applicant's home address/ Demandeur, envoyé au Demandeur
- Applicant, direct deposit/Demandeur, dépôt direct
- Applicant, mailed to Service Provider/Agency / Demandeur, envoyé à l'organisme
- Landlord, mailed to Landlord's address as indicated below / Propriétaire, envoyé à l'adresse ci-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
- Other, mailed to address indicated below/Autre, envoyé à l'adresse ci-dessous

Authorization to pay the PHB direct to third party / Autorisation à payer l'allocation-logement transférable direct à la tierce partie

Other Name / Autre nom _____

Relationship to recipient / Relation au demandeur _____

Mailing Address / Adresse postale _____

Telephone / Numéro de téléphone _____

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

Applicant Signature / Signature de la personne qui fait la demande _____

Date _____

CONSENT TO DISCLOSE PERSONAL INFORMATION / CONSENTEMENT À PARTAGER SES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Section 1. Purpose of the Consent / But du consentement

I hereby consent to the sharing of my personal information and/or personal health information between the organizations/agencies indicated below. The purpose of sharing information about me is to allow the service providers from each organization/agency to discuss my situation for the purpose of determining and verifying current and ongoing eligibility for the Portable Housing Benefit, and will not be disclosed to any other person without my approval.
J'autorise par la présente le partage de mes renseignements personnels et/ou renseignements médicaux personnels avec les organismes ci-dessous. Les renseignements seront partagés pour permettre aux employés de chaque organisme à discuter mon admissibilité actuelle et future au programme de l'Allocation-logement transférable et ne seront pas partagés avec aucune autre personne sans ma permission.

Section 2. Confidentiality / Confidentialité

I understand that the information shared will be on a need to know basis only. It is also my understanding that each of the participating organizations/agencies will maintain confidentiality over the information in accordance with standard organizational/agency policies, legislation such as *The Freedom of Information and Protection of Privacy Act (FIPPA)*, *The Personal Health Information Act (PHIA)* and other applicable legislation.
Je comprends que les renseignements ne seront partagés que si nécessaire. Je comprends que chacun des organismes ci-dessous protégera mes renseignements selon leurs politiques, la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée (LAIPVP), la Loi sur les renseignements médicaux personnels (LRMP) et autre loi applicable.

Section 3. Organizations Included in the Verification Process / Organisme inclus dans le processus de vérification

Please specify organization/agency (e.g. Manitoba Housing, Provincial Services/Department of Families, Employment and Income Assistance, Regional Health Authority, CMHA, or other agency), the agency program and position.
S'il vous plaît indiquer le nom de l'organisme (ex : Société de l'habitation du Manitoba, Services provinciaux, Aide à l'emploi et au revenu, Office régionale de la santé, ACSM, ou autre) le nom du programme de l'organisme et le poste du travailleur(se).

Name of Organization/Nom de l'organisme	Agency Program / Programme de l'organisme	Position/Poste

Section 4. Expiration of Consent / Expiration du consentement

This consent shall start on the date that I sign this form and will be in effect for as long as required to assess continued eligibility for the Portable Housing Benefit. I know that I can withdraw my consent or make changes to it at any time by contacting my health worker. I also understand that none of the organizations/agencies can share my personal information or personal health information without obtaining another consent from me unless required by law.
Ce consentement entre en vigueur la date par laquelle est signée et sera en vigueur pour vérifier mon admissibilité dans le programme de l'Allocation-logement transférable. Je comprends que je peux retirer ou changer mon consentement n'importe quand en contactant mon travailleur(se). Je comprends qu'aucun organisme a le droit de partager mes renseignements personnels ni mes renseignements médicaux personnels sans ma permission à moins que c'est requis par la loi.

Section 5. Questions / Questions

Should you have any questions about how your personal information or personal health information is being used, please discuss your concerns with your health worker.
Si vous avez des questions concernant l'utilisation de vos renseignements personnels ou vos renseignements médicaux personnels, svp discuter vos préoccupations avec votre travailleur(se).

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 confirm the recipient information has been verified with Employment and Income Assistance. Yes/Oui No/Non
Je confirme que l'information du client a été vérifié par l'Aide à l'emploi et au revenu.

If no, please provide explanation. / Si non, s'il vous plaît indiquer la raison :

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