

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

Winnipeg : 204-945-2197
Sans frais : 1-877-587-6224
Télocopieur : 204-945-3930



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

**Effective Date of Change /
Date effective du changement**

ADDENDUM

PORTABLE HOUSING BENEFIT / ALLOCATION-LOGEMENT TRANSFÉRABLE

Please check the reason(s) for Addendum / SVP indiquer la/les raison(s) pour l'addendum

Address change /
Changement d'adresse

Monthly rent change /
Changement de loyer

Payment information change /
Changement de l'information de paiement

Recipient Information / Demandeur			
Surname / Nom de famille		Given Name / Prénom	
Residence Address / Adresse du domicile		City or Town / Ville ou village	Province MB
Mailing Address (if different from above) / Adresse postale (si elle diffère de l'adresse ci-dessus)		City or Town / Ville ou village	Province MB
Monthly Rent / Loyer Mensuel	Number of Bedrooms/ Nombre de chambres à coucher	EIA Monthly Rental Allowance / Allocation-logement mensuelle de l'Aide à l'emploi et au revenu	EIA Case No. / Numéro de dossier de l'Aide à l'emploi et au revenu

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

PAYMENT INFORMATION / RENSEIGNEMENTS SUR LE PAIEMENT	
The PHB should be paid to / Une allocation-logement transférable devrait être payé à:	
<input type="checkbox"/> Applicant, mailed to Applicant's home address/ Demandeur, envoyé au demandeur	
<input type="checkbox"/> Applicant, direct deposit / Demandeur, dépôt direct	
<input type="checkbox"/> Applicant, mailed to Service Provider/Agency / Demandeur, envoyé à l'organisme	
<input type="checkbox"/> Other, mailed to address indicated below / Autre, envoyé à l'adresse ci-dessous	
Authorization to pay the PHB direct to the third party / Autorisation à payer l'allocation-logement transférable 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 direct à la tierce partie chaque mois.	
Applicant Signature / Signature de la personne qui fait la demande _____	Date _____

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

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



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

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