

**Application for Registration - Medicare
P.O. Box 5100 Fredericton, N.B. E3B 5G8**

Telephone: 1-888-762-8600 toll free or
Out of Province (506) 684-7901



**Health and Wellness
Santé et Mieux-être**

**Demande d'inscription - Assurance-maladie
C.P. 5100 Fredericton N.-B. E3B 5G8**

Téléphone: 1-888-762-8600 numéro sans frais ou
l'extérieur de la province (506) 684-7901

↓ If address is incorrect please show corrected address below/
Si l'adresse est inexacte, veuillez faire les corrections ci-dessous ↓

If your mailing address is a box number, rural route or general delivery, provide exact location of residence

Si votre adresse postale est un numéro de boîte, une route rurale ou une livraison générale, veuillez nous indiquer le lieu exact de votre résidence.

IMPORTANT
Both sides of this form **MUST** be completed as incomplete applications will be returned.

IMPORTANT
On doit prendre soin de bien remplir les deux côtés de la formule. Toute demande incomplète vous sera retournée.

Are you a: New Resident Returning Resident

Êtes-vous un(e) résident(e) : Récent(e) De retour

Language Preference: English French

Langue préférée : Anglais Français

"Dependent" means a spouse or child living in New Brunswick.
"Child" means a child, step-child, legally adopted child or legal ward of a registrant who is:

«Personne à charge» désigne un conjoint ou un enfant qui habite le Nouveau-Brunswick.
«Enfant» désigne un enfant, un beau-fils ou une belle-fille, un enfant adoptif ou un pupille qui est :

- (a) mainly supported by the registrant,
- (b) unmarried, and
- (c) 19 years of age or younger, or under 21 years and in full-time attendance at a school or university outside of New Brunswick.-
Note: Provide name and address of school or university.

- a) à la charge du demandeur;
- b) célibataire; et
- c) âgé de 19 ans ou moins, ou de moins de 21 ans et qui fréquente à plein temps une école ou une université située à l'extérieur de la province.- Nota : Veuillez indiquer le nom de l'école ou de l'université.

List below your name and all members of your household in accordance with the above definitions:

Veillez inscrire ci-dessous votre nom ainsi que celui des personnes résidant avec vous selon les définitions ci-dessus :

If applicable, Medicare Number/ N° d'Assurance- maladie le cas échéant	Last Name/Nom de famille	First Name/ Prénom	Organ Donor/ Donneur d'organe		Date of Birth/ Date de naissance			Sex/ Sexe M/F	Marital Status/ État civil	Left N.B. Date de départ du N.-B.			Entered N.B. Date d'entrée au N.-B.		
			Yes/ Oui	No/ Non	D/J	MM	Y/A			D/J	MM	Y/A	D/J	MM	Y/A
	Registrant /Demandeur														
	Spouse/Conjoint														
	Dependents/Personnes à charge														

Reason for absence from New Brunswick. _____

Raison de votre absence du Nouveau-Brunswick

In which Province or Country did you previously reside? _____

Dans quelle province ou quel pays résidiez-vous?

Have you applied for and/or received another provincial health coverage from another province or country? Yes / Oui No / Non

Avez-vous fait une demande et/ou êtes-vous actuellement couvert(e) en vertu d'un autre régime d'assurance-maladie provincial ou d'un autre pays?

State your health insurance number in your former Province or Country.

Inscrivez le numéro d'Assurance-maladie de votre ancienne province ou pays.

Do you intend to make New Brunswick your permanent residence?

Yes / Oui No / Non

Avez-vous l'intention d'établir une résidence permanente au Nouveau-Brunswick?

Have you come to New Brunswick to attend school or university?

Yes / Oui No / Non

Êtes-vous venu(e) au Nouveau-Brunswick afin de fréquenter une école ou une université?

Date of moving/returning to live permanently in New Brunswick.

D/J MM Y/A

Date de déménagement ou de retour pour habiter de façon permanente au Nouveau-Brunswick.

Are all applicants Canadian Citizens?

Yes / Oui No / Non

Les demandeurs sont-ils tous citoyens canadiens?

New and Returning Residents to New Brunswick, please supply proof of Canadian Citizenship for all applicants

Les nouveaux résidents ou résidents de retour au Nouveau-Brunswick doivent nous faire parvenir une preuve de citoyenneté canadienne pour tous les requérants(es).

All Non-Canadians must forward a copy of all Canadian Immigration identification records.

Tous les citoyens non-canadiens doivent nous faire parvenir une copie de tous les dossiers d'identité du Centre d'immigration Canada.

IF MARRIED, COMPLETE THIS SECTION ALSO

SI MARIÉ(E), REMPLIR CETTE SECTION

Did your spouse and dependant children accompany you?

Yes / Oui No / Non

Votre conjoint et vos personnes à votre charge vous ont-ils accompagnés?

If no, when are they expected to join you?

D/J MM Y/A

Si non, quand vous rejoindront-ils?

New Brunswick Medicare number of spouse

N° d'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick du conjoint

Name of spouse prior to marriage

Nom du conjoint(e) avant le mariage

If spouse was previously married, give name

Indiquez le nom du conjoint(e) s'il/elle était marié(e) auparavant

Are/Were you or your spouse a regular member of:

Est-ce que vous ou votre conjoint(e) êtes/étiez membre régulier :

The R.C.M.P. / de la G.R.C. The Armed Forces / des Forces armées

Date of enlistment / Date d'engagement

D/J MM Y/A

Official date of discharge / Date officielle du retrait

D/J MM Y/A

Name of member / Nom du membre

If being released from a penal institution:

Si vous êtes mis en liberté par un pénitencier :

Federal / Fédéral Provincial / Provincial

Date of entry / Date d'entrée

D/J MM Y/A

Date of release / Date de mise en liberté

D/J MM Y/A

State Province of Release / Nom de la province de mise en liberté

Nom de la province de mise en liberté

Name of Inmate / Nom du détenu

Have you and /or any member of your household left New Brunswick for 182 days or more in the last 12 months?

Est-ce que vous-même ou un membre de votre foyer avez quitté le Nouveau Brunswick pour une période de 182 jours ou plus pendant les derniers 12 mois?

If yes, give: Name(s)

Si oui, préciser : Nom(s)

Date of departure / Date du départ

D/J MM Y/A

Date of return / Date de retour

D/J MM Y/A

Destination

Reason for absence / Raison de l'absence

Remarks / Observations

Employer and/or occupation / Employeur et/ou profession

Telephone: Home / Téléphone : Domicile

Telephone: Work / Téléphone : Travail

RESIDENT DECLARATION

DÉCLARATION DE RÉSIDENT

A resident means a person who makes their home and is ordinarily present in New Brunswick but does not include a transient or visitor to the province.

Un résident désigne une personne qui est établie et vit habituellement au Nouveau-Brunswick mais ne comprend ni les personnes de passage au Nouveau-Brunswick ni les visiteurs.

Any person who violates or assists a person in violating the residency requirements is guilty of an offence and liable to either a fine and/or imprisonment.

Quiconque enfreint les dispositions relatives à la résidence ou aide une personne à les enfreindre est coupable d'une infraction et passible d'une peine d'emprisonnement ou des deux.

I, the registrant, hereby declare that I have read the above definition of a "resident" and that the information given on this form is correct and that the persons listed are permanent residents in accordance with the definitions of a "resident" indicated above.

Je, le demandeur, déclare par la présente que j'ai lu la définition de «résident» ci-dessus et que les renseignements figurant sur ce formulaire sont exacts. Les personnes dont les noms apparaissent ici sont bien des résidents permanents conformément à la définition de «résident» ci-dessus.

Date Signature

Demande d'inscription – Assurance-maladie

- Veuillez remplir la formule de demande d'inscription à l'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick si vous êtes un **résident récent** ou un **résident de retour** au Nouveau-Brunswick. Veuillez indiquer si vous vous êtes déjà inscrits à l'Assurance-maladie sous un autre nom.
- Veuillez vous assurer de remplir toutes les cases de la formule. Si une question ou une section particulière ne s'applique pas à vous, veuillez inscrire s.o. pour « sans objet ». Les formules incomplètes seront retournées au demandeur.
- Veuillez apposer votre signature à la section intitulée « Déclaration du résident » après avoir rempli la formule. Les formules non signées seront également retournées au demandeur.
- Veuillez inscrire votre adresse postale au complet, y compris le nom et le numéro de rue, le numéro de route, le numéro d'appartement, la municipalité, la province et le code postal. Veuillez fournir votre adresse domiciliaire si celle-ci est différente de votre adresse postale.
- Les nouveaux demandeurs et les demandeurs de retour au Nouveau-Brunswick **doivent fournir une preuve de citoyenneté canadienne**.
Cette preuve peut être sous forme de :
 - certificat de naissance;
 - carte de citoyenneté canadienne;
 - passeport;
 - certificat de statut d'Indien; ou
 - certificat de baptême (si le lieu de naissance y est inscrit).Tous les non-Canadiens doivent faire parvenir une copie de tous les documents d'identité de l'immigration canadienne.
- Veuillez inscrire un numéro de téléphone ou d'autres coordonnées au cas où l'Assurance-maladie aurait de la difficulté à traiter votre demande.
- Veuillez remplir une autre formule pour chaque personne à votre charge âgée de 19 ans ou plus **à moins que** cette personne soit âgée de moins de 21 ans et qu'elle étudie à plein temps dans une école ou une université à l'extérieur du Nouveau-Brunswick.
- Si vous avez besoin d'aide ou si vous avez des questions au sujet de cette formule, n'hésitez pas à communiquer avec TéléServices de Services Nouveau-Brunswick au numéro sans frais 1 888 762-8600.
- Veuillez prévoir de quatre à six semaines pour le traitement de votre demande.

Vous pouvez envoyer les formules remplies à l'adresse ci-dessous ou les apporter à n'importe quel bureau de Services Nouveau-Brunswick.

Ministère de la Santé et du Mieux-être
Assurance-maladie
C.P. 5100
Fredericton (N.-B.)
E3B 5G8