



Health and Social Services  
Santé et Affaires sociales

Health Care Insurance Plan,  
Box 2703, Whitehorse, Yukon • Y1A 2C6

Régime d'assurance-santé  
C.P. 2703, Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6

# APPLICATION FOR SENIOR CARE BENEFITS

Pharmacare and extended benefits

## DEMANDE DE PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES POUR PERSONNES ÂGÉES

Assurance-médicaments et prestations complémentaires

To:  
Destinataire :

YHCIP number  
N° RASY

YY	MM	DD
AA	MM	JJ

Date of birth  
Date de naissance

YY	MM	DD
AA	MM	JJ

Spouse's name  
Nom du conjoint/de la conjointe

Spouse's YHCIP number  
N° RASY du conjoint/de la conjointe

YY	MM	DD
AA	MM	JJ

Spouse's date of birth  
Date de naissance  
du conjoint/de la conjointe

YY	MM	DD
AA	MM	JJ

According to our records you are about to reach or have reached the age of 65 years and will be entitled to **Senior Care Benefits** under the **Yukon Health Care Insurance Plan**. Enclosed are brochures outlining the benefits to you as a subscriber or dependant under the provisions of the **Yukon Health Care Insurance Act**. If you wish to apply for these benefits, please complete this form and return it to the above address.

*Selon nos dossiers, vous avez ou êtes sur le point d'avoir 65 ans et aurez bientôt droit aux **prestations complémentaires pour personnes âgées** en vertu du **Régime d'assurance-santé du Yukon**. Vous trouverez ci-joint les brochures décrivant les prestations dont bénéficient les assurés/assurées ou leurs personnes à charge en vertu de la **Loi sur l'assurance-santé du Yukon**. Pour avoir droit à ces prestations, veuillez remplir ce formulaire et nous le renvoyer à l'adresse indiquée plus haut.*

### CORRECTIONS TO PERSONAL INFORMATION

Note: It is important that YHCIP records be kept current. If your personal information at the top of this form is incorrect or missing, please complete the area below.

### CORRECTIONS

*Remarque : Il est important de garder les dossiers du RASY à jour. Si les renseignements qui précèdent sont incorrects ou incomplets, veuillez remplir la partie qui suit.*

Your name (surname, first name, initials)  
Votre nom (nom de famille, prénom, initiales)

Date of birth  
Date de naissance

YY	MM	DD
AA	MM	JJ

Telephone number  
N° de téléphone

Mailing address  
Adresse postale

City, town  
Ville, village

Postal code  
Code postal

Residential address  
Adresse domiciliaire

City, town  
Ville, village

Spouse's name  
Nom du conjoint/de la conjointe

Spouse's YHCIP number  
N° RASY du conjoint/de la conjointe

YY	MM	DD
AA	MM	JJ

Spouse's date of birth  
Date de naissance du conjoint/de la conjointe

YY	MM	DD
AA	MM	JJ

### APPLICATION FOR SENIOR CARE BENEFITS

I hereby apply for **Senior Care Benefits** under the provisions of the **Yukon Health Care Insurance Act** and the information above is correct to the best of my knowledge.

### DEMANDE DE PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES POUR PERSONNES ÂGÉES

*Par la présente, je réclame les **prestations complémentaires pour personnes âgées** prévues par la **Loi sur l'assurance-santé du Yukon** et j'atteste qu'autant que je sache, l'information qui précède est exacte.*

Signature  
Signature

Date  
Date

YY	MM	DD
AA	MM	JJ

FOR YHCIP USE ONLY • RASY SEULEMENT								
Effective date Entrée en vigueur le			Date entered Traité le			Checked by Véifié par		
YY	MM	DD	YY	MM	DD			
AA	MM	JJ	AA	MM	JJ			