

## HEALTH CARE INSURANCE PLAN ACT

Pursuant to Subsection 9(1) of the *Health Care Insurance Plan Act*, the Commissioner in Executive Council is pleased to and doth hereby order as follows:

1. The annexed Forms are hereby made and established.

2. Commissioner's Order 1972/200 establishing Forms in Use is revoked.

Dated at Whitehorse, in the Yukon Territory, this 6th day of December, A.D., 1984.

\_\_\_\_\_  
Commissioner of the Yukon

## LOI SUR L'ASSURANCE-SANTÉ

Conformément au paragraphe 9(1) de la *Loi sur l'assurance-santé*, il plaît au Commissaire en conseil exécutif de décréter ce qui suit :

1. Les formulaires en annexe sont par les présentes établis.

2. L'Ordonnance du Commissaire 1972/200 établissant les formulaires en usage est par les présentes abrogée.

Fait à Whitehorse, dans le territoire du Yukon, le 6 décembre 1984.

\_\_\_\_\_  
Commissaire du Yukon



**FORMULAIRE I**

**DEMANDE D'INSCRIPTION**

FORMULAIRE I - DEMANDE D'INSCRIPTION

RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ  
C.P. 2703, WHITEHORSE (YUKON), Y1A 2C8

**Yukon**  
Ministère de la Santé  
et des Affaires sociales  
NOM, PRÉNOM, INITIALES

ADRESSE POSTALE  
LIEU DE RÉSIDENCE  
NOM, PRÉNOM, INITIALES  
N° D'ASSURANCE SOCIALE  
DATE DE NAISSANCE  
SEXE  
N° BANDEDISQUE  
VILLE  
VILLE  
N° D'ASSURANCE SOCIALE  
DATE DE NAISSANCE  
SEXE  
N° BANDEDISQUE

CONJOINT (NOM, PRÉNOM, INITIALES)  
N° D'ASSURANCE SOCIALE  
DATE DE NAISSANCE  
SEXE  
N° BANDEDISQUE

PERSONNES À CHARGE (NOM, PRÉNOM, INITIALES)

- 1
- 2
- 3
- 4

1 AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ INSCRIT AU RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ DU YUKON?  
(EN TANT QU'ASSURÉ OU PARENT D'UN ASSURÉ)

OUI NON

2 AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ INSCRIT À UN AUTRE RÉGIME CANADIEN D'ASSURANCE-SANTÉ?

OUI NON

DANS L'AFFIRMATIVE DONNEZ L'ANCIEN NUMÉRO DU RASY

OUI NON

DANS L'AFFIRMATIVE, DONNEZ LE NUMÉRO ET LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

DATE D'ARRIVÉE AU YUKON

3 DÉPART DE LA GRC, DES FORCES ARMÉES OU D'UN PÉNITENCIER FÉDÉRAL (FOURNIR UNE PHOTOCOPIE DES DOCUMENTS PERTINENTS)

4 IMMIGRANT REÇU SI LE YUKON EST VOTRE PREMIER LIEU DE RÉSIDENCE PERMANENT AU CANADA, VEUILLEZ FOURNIR UNE PHOTOCOPIE DES DOCUMENTS D'IMMIGRATION

DÉCLARATION : PAR LES PRÉSENTES, JE DÉCLARE ÊTRE RÉSIDENT DU YUKON ET COMPRENDS QUE TOUT RENSEIGNEMENT ERRONÉ CONSTITUE UNE INFRACTION.

SIGNATURE

DATE

RASY NUMÉRIQUE			
P.C.	N° RASY	TYPE	CARTE
1			
2			
3			
3			
3			
3			

CODE DE PRIME

VERSEMENT DES PRIMES

PAIEMENT DES DEMANDES

CODES D'ORIGINE

TRAITÉ LE

VÉRIFIÉ PAR

**REVERSE OF FORM I**

**VERSO DU FORMULAIRE I**

DEFINITIONS

DÉFINITIONS

“Resident” means a person lawfully entitled to be or to remain in Canada, who makes his home and is ordinarily present in Yukon, but does not include a tourist, transient or visitor to Yukon.

«personne à charge» Par rapport à une personne, le conjoint de cette personne, un enfant non marié de moins de 19 ans visé par l'exemption pour personne à charge aux fins de l'impôt, un enfant non marié de 19 à 24 ans inclusivement visé par l'exemption pour personne à charge aux fins de l'impôt parce qu'il suit des cours à plein temps dans un institut, un collège ou une université reconnus ou un enfant non marié de plus de 19 ans visé par l'exemption pour personne à charge aux fins de l'impôt en raison d'une incapacité mentale ou physique.

“Dependant” means, in relation to any person,

«résident» Personne domiciliée et résidant habituellement au Yukon, et légalement autorisée à être ou à rester au Canada, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite au Yukon.

(i) the spouse of that person,

(ii) each unmarried child under the age of 19 years who is also a dependant for income tax purposes of that person,

(iii) each unmarried child of at least 19 years of age, but less than 25 years of age, who is a dependant for income tax purposes of that person by reason of being in full time attendance at an accredited institute, college or university, and

Adresse : RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ DU YUKON, C.P. 2703, Whitehorse (Yukon), Y1A 2C6

(iv) each unmarried child of 19 years of age or over, who is a dependant for income tax purposes of that person by reason of mental or physical infirmity.

Mailing Address: YUKON HEALTH CARE INSURANCE PLAN, Box 2703, Whitehorse, Y.T., Y1A 2C6

FORM II

**NOTICE OF CHANGE**  
ADJUSTMENTS TO REGISTERED MEMBER INFORMATION

**Yukon** HEALTH CARE INSURANCE PLAN  
Department of Health and Human Resources  
DOX 2703, WHITEHORSE, YUKON, Y1A 2G6

**SECTION A - IDENTIFICATION**  
SUBSCRIBER'S YNCP# NO. NAME (SURNAME, FIRST NAME, INITIALS)

**SECTION B - SUBSCRIBER**  
NAME (SURNAME, FIRST NAME, INITIALS) SEX BIRTH DATE BIRTH PLACE  
CITY/TOWN CITY/TOWN  
RESIDENCE ADDRESS

**SECTION C - DEPENDANTS**

RELATIONSHIP	ARRIVAL DATE	NAME (SURNAME, FIRST NAME, INITIALS)	SOCIAL INSURANCE NO.	BIRTH DATE	SEX	BAND/DISC NO.
SPOUSE						
CHILD						
CHILD						

**SECTION D - DECLARATION**  
I HEREBY DECLARE THAT I AM A RESIDENT OF YUKON AND I UNDERSTAND THAT IT IS A CRIME TO GIVE FALSE INFORMATION IN THIS APPLICATION.

DATE: \_\_\_\_\_

REASON FOR CANCELLATION OF THIS CONTRACT

**TYPE OF CHANGE (CIRCLE ONE)**  
 1. CANCEL COVERAGE  
 2. OTHER CHANGES

DATE ENTERED: \_\_\_\_\_  
CHECKED BY: \_\_\_\_\_

PREMIUM EFFECTIVE DATE: \_\_\_\_\_

YKCP# ID CODE: \_\_\_\_\_

NAME (SURNAME, FIRST NAME, INITIALS): \_\_\_\_\_

REASON FOR DELETION: \_\_\_\_\_

YKCP# ID CODE: \_\_\_\_\_

NAME (SURNAME, FIRST NAME, INITIALS): \_\_\_\_\_

REASON FOR DELETION: \_\_\_\_\_

YKCP# ID CODE: \_\_\_\_\_

NAME (SURNAME, FIRST NAME, INITIALS): \_\_\_\_\_

REASON FOR DELETION: \_\_\_\_\_

**FORMULAIRE II**

**FORMULAIRE II - AVIS DE MODIFICATIF**

**AVIS DE MODIFICATION**  
CORRECTIONS AUX RENSEIGNEMENTS SUR UN ASSURÉ

CHANGEMENT COCHER UNE CASE ✓  
ANNULATION 1 REMPLIR SEULEMENT LES PARTIES A ET D  
AUTRES CHANGEMENTS 2 REMPLIR LES PARTIES A ET D. COCHER LA PARTIE REQUISE

**RÉGIME D'ASSURANCES-SANTÉ**  
C.P. 2763, WILKINSON (YUKON), T. 14, 208

**PARTIE A - IDENTIFICATION**  
N° RASY NOM, PRÉNOM, INITIALES

**PARTIE B - ASSURÉ**  
NOM, PRÉNOM, INITIALES  
ADRESSE POSTALE  
LIEU DE RÉSIDENCE

**PARTIE C - PERSONNES À CHARGE**  
DATE D'ARRIVÉE NOM, PRÉNOM, INITIALES  
O U CONJOINT  
S ENFANT  
S ENFANT

**PARTIE D - DÉCLARATION**  
PAR LES PRÉSENTES, JE DÉCLARE ÊTRE RÉSIDENT DU YUKON ET COMPRENDS QUE TOUT RENSEIGNEMENT ERRONÉ CONSTITUE UNE INFRACTION.

	N° D'ASSURANCE SOCIALE	DATE DE NAISSANCE	SEXE	N° BANDE/DISQUE	CODE POSTAL
	VILLE				
	N° D'ASSURANCE SOCIALE	DATE DE NAISSANCE	SEXE	N° BANDE/DISQUE	
	VILLE				
	N° D'ASSURANCE SOCIALE	DATE DE NAISSANCE	SEXE	N° BANDE/DISQUE	
	VILLE				
	N° RASY	NOM, PRÉNOM, INITIALES	DATE DU RETRAIT	RAISON	

ANNÉE PÉR.  
ANNÉE PÉR.

P.C. N° RASY TYPE PAIEMENT À COMPTER DU  
2 3 3

ANNÉE PÉR.  
ANNÉE PÉR.

TRAITÉ LE  
VÉRIFIÉ PAR

SIGNATURE  
DATE

RAISON DE L'ANNULATION  
DE LA COUVERTURE PAR LE RASY

**REVERSE OF FORM II**

**VERSO DU FORMULAIRE II**

DEFINITIONS

DÉFINITIONS

“Resident” means a person lawfully entitled to be or to remain in Canada, who makes his home and is ordinarily present in Yukon, but does not include a tourist, transient or visitor to Yukon.

«personne à charge» Par rapport à une personne, le conjoint de cette personne, un enfant non marié de moins de 19 ans visé par l'exemption pour personne à charge aux fins de l'impôt, un enfant non marié de 19 à 24 ans inclusivement visé par l'exemption pour personne à charge aux fins de l'impôt parce qu'il suit des cours à plein temps dans un institut, un collège ou une université reconnus ou un enfant non marié de plus de 19 ans visé par l'exemption pour personne à charge aux fins de l'impôt en raison d'une incapacité mentale ou physique.

“Dependant” means, in relation to any person,

«résident» Personne domiciliée et résidant habituellement au Yukon, et légalement autorisée à être ou à rester au Canada, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite au Yukon.

(i) the spouse of that person,

(ii) each unmarried child under the age of 19 years who is also a dependant for income tax purposes of that person,

(iii) each unmarried child of at least 19 years of age, but less than 25 years of age, who is a dependant for income tax purposes of that person by reason of being in full time attendance at an accredited institute, college or university, and

Adresse : RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ DU YUKON, C.P. 2703, Whitehorse (Yukon), Y1A 2C6

(iv) each unmarried child of 19 years of age or over, who is a dependant for income tax purposes of that person by reason of mental or physical infirmity.

Mailing Address: YUKON HEALTH CARE INSURANCE PLAN, Box 2703, Whitehorse, Y.T., Y1A 2C6

**FORM III**

**FORMULAIRE III**

**APPLICATION FOR PREMIUM ASSISTANCE**

**DEMANDE DE RÉDUCTION DES PRIMES**

(Note: Each year you must establish your eligibility for Premium Assistance.)

(Remarque :L'admissibilité doit être confirmée chaque année.)

IT IS A SERIOUS OFFENCE TO MAKE A FALSE DECLARATION

UNE FAUSSE DÉCLARATION CONSTITUE UNE INFRACTION GRAVE.

I HEREBY APPLY FOR PREMIUM ASSISTANCE IN ACCORDANCE WITH SECTION 25 OF THE REGULATION TO THE YUKON *HEALTH CARE INSURANCE PLAN ACT* FOR THE YEAR COMMENCING APRIL 01, 19\_\_\_\_

PAR LES PRÉSENTES, JE DEMANDE UNE RÉDUCTION DES PRIMES POUR L'ANNÉE DÉBUTANT LE 1ER AVRIL 19\_\_ , CONFORMÉMENT À L'ARTICLE 25 DU RÈGLEMENT D'APPLICATION DE LA *LOI SUR LE RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ* DU YUKON.

I authorize the Department of National Revenue, Taxation, to provide the Department of Health and Human Resources of Yukon with any information from my tax return for the calendar year prior to the year for which I am applying. The information so provided will be used solely to verify my eligibility for premium assistance under the Health Care Insurance Plan.

J'autorise le ministère du Revenu national, Impôt, à extraire de mon rapport d'impôt pour l'année civile précédant celle visée par la présente demande et à fournir au ministère de la Santé et des Services sociaux du Yukon tout renseignement dont il pourrait avoir besoin. Les renseignements fournis ne serviront qu'à vérifier mon admissibilité à l'aide octroyée en vertu du Régime d'assurance-santé.

I CERTIFY THAT:

JE CERTIFIE :

- (1) I have been a permanent resident of Yukon for the past 12 months;
- (2) I am not the dependant of another subscriber in the Plan; and
- (3) I am subject to Canada Income Tax.

- 1) avoir résidé en permanence au Yukon au cours des 12 derniers mois;
- 2) ne pas être la personne à charge d'un autre assuré;
- 3) être visé par la Loi de l'impôt sur le revenu du gouvernement fédéral.

MY TAXABLE INCOME (combined with spouse by marriage or common law) FOR CALENDAR YEAR ENDING DECEMBER 31, 19\_\_\_\_ WAS \$\_\_\_\_\_. (If no taxable income, enter "nil").

MON REVENU IMPOSABLE (y compris celui de mon conjoint légal ou de fait) POUR L'ANNÉE CIVILE PRENANT FIN LE 31 DÉCEMBRE 19\_\_\_\_ ÉTAIT DE \_\_\_\_\_ \$. (Inscrire «NUL» s'il n'y avait pas de revenu imposable).

Y.H.C.I.P. Number \_\_\_\_\_

Numéro du RASY \_\_\_\_\_

Name (Surname, First name and Initials) \_\_\_\_\_

Nom, prénom, initiales \_\_\_\_\_

Social Insurance No. \_\_\_\_\_

No d'assurance sociale \_\_\_\_\_

Social Insurance No. of Spouse \_\_\_\_\_

No d'assurance sociale du conjoint \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
Applicant's Signature      Signature of Spouse  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du requérant      Signature du conjoint  
\_\_\_\_\_

Prem. Code \_\_\_\_\_

Code prime \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Rejected      \_\_\_\_\_ Accepted

\_\_\_\_\_ Rejeté      \_\_\_\_\_ Accepté

\_\_\_\_\_ Partial      \_\_\_\_\_ Full

\_\_\_\_\_ Réduction  
partielle      \_\_\_\_\_ Réduction complète

Date Ent. \_\_\_\_\_ Checked by \_\_\_\_\_

Traité le \_\_\_\_\_ Vérifié par \_\_\_\_\_

Effective \_\_\_\_\_


Entrée en vigueur \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Authorizing Signature      Date  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature      Date  
\_\_\_\_\_




**FORM V – Health Care Identification Card**

**Yukon** HEALTH CARE INSURANCE PLAN 

APPLY LABEL HERE

COVERAGE MAY NOT BE IN EFFECT TO THE EXPIRY DATE.  
ELIGIBILITY MUST BE MAINTAINED BY THE MEMBER.

SENIORS PHARMACARE IDENTIFICATION CARD

**Yukon** PHARMACARE 


HEALTH CARE INSURANCE PLAN

APPLY LABEL HERE

COVERAGE MAY NOT BE IN EFFECT TO THE EXPIRY DATE.  
ELIGIBILITY MUST BE MAINTAINED BY THE MEMBER.

REVERSE OF FORM V

THIS CARD MUST BE PRESENTED EACH TIME  
YOU RECEIVE INSURED MEDICAL SERVICES

SIGN   
HERE

SEND NOTIFICATION OF CHANGES TO  
YUKON HEALTH CARE INSURANCE PLAN  
BOX 2703  
WHITEHORSE, YUKON, Y1A 2C6

Y8 (882) CD1

**FORMULAIRE V – Carte d'identité du Régime d'assurance-santé**

**Yukon** RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ

COLLER L'ÉTIQUETTE ICI

IL EST POSSIBLE QUE LA COUVERTURE CESSE AVANT LA DATE D'EXPIRATION.  
L'ASSURÉ DOIT MAINTENIR SON ADMISSIBILITÉ.

**CARTE D'IDENTITÉ DU RÉGIME D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS DES PERSONNES ÂGÉES**

ASSURANCE-MÉDICAMENTS

**Yukon** RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ

COLLER L'ÉTIQUETTE ICI

IL EST POSSIBLE QUE LA COUVERTURE CESSE AVANT LA DATE D'EXPIRATION.  
L'ASSURÉ DOIT MAINTENIR SON ADMISSIBILITÉ.

**VERSO DU FORMULAIRE V**

**PRÉSENTER CETTE CARTE CHAQUE FOIS QUE VOUS RECEVEZ DES SERVICES ASSURÉS**

**SIGNATURE**

**SIGNALER TOUT CHANGEMENT AU  
RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ DU YUKON  
C.P. 2703  
WHITEHORSE (YUKON), Y1A 2C6**

**FORM VI**

**FORMULAIRE VI**

**APPLICATION TO CONTINUE DEPENDANT STATUS  
FOR THOSE 19 YEARS OF AGE AND OVER**

**DEMANDE DE PROLONGEMENT DU STATUT DE  
PERSONNE À CHARGE (PERSONNES DE PLUS DE 19 ANS)**

**YUKON HEALTH CARE INSURANCE PLAN**

**RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ DU YUKON**

YHCIP NO. \_\_\_\_\_

No RASY \_\_\_\_\_

TO:

À :

ACCORDING TO OUR RECORDS, YOUR DEPENDANT:

SELON NOS DOSSIERS :

DEPENDANT'S NAME YHCIP NO. DATE OF BIRTH

NOM DE LA PERSONNE  
À CHARGE NO RASY DATE DE NAISSANCE

Has reached or will soon reach his/her 19th birthday and under the YUKON HEALTH CARE REGULATIONS cannot remain on your registration unless:

a ou est sur le point d'avoir 19 ans. En vertu du RÈGLEMENT SUR LE RÉGIME D'ASSURANCE SANTÉ DU YUKON, cette personne ne peut utiliser votre numéro d'inscription pour avoir accès aux services assurés que si elle respecte l'une des exigences suivantes :

1) He or she is unmarried, under 25 years of age and in full time attendance at an accredited institute, or

1) elle n'a pas 25 ans, n'est pas mariée et suit des cours à plein temps dans un établissement d'enseignement reconnu;

2) He or she is unmarried and wholly dependent upon you because of permanent mental or physical disability.

2) elle n'est pas mariée et est entièrement à charge en raison d'une incapacité mentale ou physique permanente.

If your dependant is entitled to remain on your registration for one of these reasons, please complete either section A or section B below and sign the certification. If your dependant does not qualify and should be deleted from your registration, complete section C at the bottom of the form.

Si la personne précitée a le droit d'être inscrite à votre numéro pour l'une de ces raisons, veuillez remplir la partie A ou B et signer l'attestation. Si elle ne respecte pas une ou l'autre des deux conditions qui précèdent, remplir la partie C.

If no reply is received within 30 days, your dependant will be automatically deleted and, unless he/she has registered separately, will not have health care coverage in Yukon.

Dans l'éventualité où une réponse ne serait pas reçue dans les 30 jours qui suivent, la personne précitée sera automatiquement retranchée de votre numéro d'inscription et ne pourra bénéficier des services assurés par le Régime d'assurance-santé du Yukon si elle ne s'y est pas inscrite de son propre chef.

**SECTION A - APPLICATION FOR FULL TIME STUDENT STATUS**

**PARTIE A - DEMANDE DE STATUT D'ÉTUDIANT À PLEIN TEMPS**

NAME OF EDUCATIONAL INSTITUTE

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT

EXPECTED DATE OF GRADUATION

DATE PRÉVUE D'OBTENTION DE DIPLÔME

DEGREE PROGRAM OR NAME OF COURSE

PROGRAMME OU NOM DU COURS

TO QUALIFY FOR STUDENT STATUS, THE STUDENT MUST BE REGISTERED FOR THE COMPLETE ACADEMIC YEAR AND NORMALLY BE CONSIDERED IN FULL DAYTIME ATTENDANCE AT AN ACCEPTED EDUCATIONAL INSTITUTE. (SEE REVERSE SIDE)

POUR BÉNÉFICIER DE CE STATUT, L'ÉTUDIANT DOIT ÊTRE INSCRIT POUR L'ENSEMBLE DE L'ANNÉE SCOLAIRE OU UNIVERSITAIRE ET ÊTRE NORMALEMENT CONSIDÉRÉ COMME ÉTUDIANT DE JOUR À PLEIN TEMPS D'UN ÉTABLISSEMENT RECONNU. (VOIR VERSO)

SECTION B - APPLICATION TO RETAIN DEPENDANT STATUS BY REASON OF MENTAL OR PHYSICAL INFIRMITY

PARTIE B - DEMANDE DE STATUT DE PERSONNE À CHARGE EN RAISON D'UNE INCAPACITÉ MENTALE OU PHYSIQUE

NATURE OF DISABILITY

NATURE DE L'INCAPACITÉ

A CERTIFICATE FROM A PHYSICIAN CERTIFYING THE DISABILITY MAY BE REQUIRED

UNE ATTESTATION D'UN MÉDECIN PEUT ÊTRE RÉCLAMÉE

I HEREBY CERTIFY THAT THE DEPENDANT ABOVE IS ENTITLED TO REMAIN ON MY REGISTRATION FOR THE REASON INDICATED IN A OR B

PAR LES PRÉSENTES, JE CERTIFIE QUE LA PERSONNE PRÉCITÉE A LE DROIT DE RESTER SOUS MON NUMÉRO D'INSCRIPTION POUR LA RAISON INDIQUÉE EN A OU EN B.

Signature

Date

Signature

Date

SECTION C - DEPENDANT DELETION

PARTIE C - RETRAIT D'UNE PERSONNE À CHARGE

THE DEPENDANT IDENTIFIED ABOVE SHOULD BE DELETED FOR THE REASON INDICATED

LA PERSONNE À CHARGE NOMMÉE PLUS HAUT DEVRAIT ÊTRE RAYÉE DU NUMÉRO D'INSCRIPTION POUR LA RAISON INDIQUÉE

\_\_\_ LEFT YUKON - DATE LEFT YUKON \_\_\_

\_\_\_ A QUITTÉ LE YUKON - DATE DU DÉPART \_\_\_

\_\_\_ SELF-SUPPORTING - DATE BECAME SELF-SUPPORTING \_\_\_

\_\_\_ AUTONOME - DATE DU DÉBUT DE L'AUTONOMIE \_\_\_

\_\_\_ OTHER (GIVE DATE AND EXPLAIN)

\_\_\_ AUTRE (PRÉCISER EN DONNANT LA DATE)

Signature

Date

Signature

Date

**REVERSE OF FORM VI**

**VERSO DU FORMULAIRE VI**

**FULL TIME STUDENT STATUS**

Means a student who is unmarried and under 25 years of age, attending an educational institute as a primary occupation. It does not include short term courses (i.e. summer school) of less than 13 consecutive weeks duration, or evening classes, or a day student carrying only a minor course load.

**EDUCATIONAL INSTITUTE**

Means Colleges, Universities and Technical schools where the student is registered for the complete academic year in a program leading to a degree or certificate.

**NOTE**

Student status must be renewed each year and an application form for its purpose will be sent to you.

**ÉTUDIANT À PLEIN TEMPS**

Étudiant célibataire de moins de 25 ans dont la principale occupation consiste à suivre des cours dans un établissement d'enseignement. Ne comprend pas les cours de moins de 13 semaines consécutives (p. ex. cours d'été), ni les cours du soir ou les cours de jour à temps partiel.

**ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT**

Collège, université ou école technique où l'étudiant est inscrit pour toute l'année scolaire ou universitaire, dans le cadre d'un programme débouchant sur un diplôme ou un certificat.

**REMARQUE**

Le statut d'étudiant doit être renouvelé chaque année. Un formulaire vous sera envoyé en ce sens.

**FORM VII**

**FORMULAIRE VII**

**NOTICE OF GROUP COMMENCEMENT  
OR TERMINATION  
(TO BE COMPLETED BY EMPLOYER)**

**DÉBUT OU FIN DE PARTICIPATION  
À UN RÉGIME COLLECTIF  
(À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR)**

**YUKON HEALTH CARE INSURANCE PLAN**

**RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ DÉ DU YUKON**

GROUP NAME                      GROUP NUMBER

NOM DU RÉGIME COLLECTIF      NUMÉRO DU RÉGIME

EMPLOYEE NAME (SURNAME, FIRST NAME, INITIALS)

EMPLOYÉ (NOM, PRÉNOM, INITIALES)

PAYROLL NO.                      YHCIP NO.

NUMÉRO DE LA FEUILLE DE PAYE      NO RASY

SECTION A - COMMENCEMENT

PARTIE A - DÉBUT DE PARTICIPATION

THE ABOVE EMPLOYEE HAS BEEN ADDED TO OUR GROUP PLAN AND REMITTANCE OF YHCIP PREMIUM PAYMENTS WILL BEGIN EFFECTIVE THE 1st DAY OF THE MONTH COMMENCING:

L'EMPLOYÉ PRÉCITÉ A ÉTÉ INSCRIT AU RÉGIME COLLECTIF ET LA REMISE DES PRIMES AU RASY DÉBUTERA LE PREMIER JOUR DE :

NOTE:- IF EMPLOYEE WAS NOT PREVIOUSLY REGISTERED UNDER YHCIP THEN AN APPLICATION FOR ENROLLMENT MUST BE ATTACHED

REMARQUE : SI L'EMPLOYÉ N'EST PAS INSCRIT AU RASY, ANNEXER LE FORMULAIRE D'INSCRIPTION.

SECTION B - TERMINATION

PARTIE B - FIN DE PARTICIPATION

THE ABOVE EMPLOYEE HAS TERMINATED FROM OUR GROUP PLAN AND REMITTANCE OF YHCIP PREMIUM PAYMENTS WILL CEASE WITH THE FINAL PAYMENT FOR THE MONTH ENDING:

L'EMPLOYÉ PRÉCITÉ NE FAIT PLUS PARTIE DU RÉGIME COLLECTIF ET LA REMISE DES PRIMES AU RASY CESSERA AVEC LE PAIEMENT FINAL DU MOIS DE :

INDICATE REASON FOR TERMINATION

INDIQUER LA RAISON

- 1 DECEASED
- 2 CHANGE OF EMPLOYMENT
- 3 HEAD OF HOUSE CHANGE
- 4 LEAVING TERRITORY
- 5 OTHER (EXPLAIN)

- 1 DÉCÈS
- 2 CHANGEMENT D'EMPLOI
- 3 CHANGEMENT DE SITUATION MATRIMONIALE
- 4 DÉPART DU TERRITOIRE
- 5 AUTRE (PRÉCISER)

Signature of Employer

Date

Signature de l'employeur

Date



**FORM VIII**

**FORMULAIRE VIII**

**APPLICATION FOR SENIOR CARE BENEFITS**

**DEMANDE DE PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES  
POUR PERSONNES ÂGÉES**

**YUKON HEALTH CARE INSURANCE PLAN**

**RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ DU YUKON**

YHCIP NO \_\_\_\_\_

NO RASY \_\_\_\_\_

TO:

À :

DATE OF BIRTH

DATE DE NAISSANCE

SPOUSE'S NAME

YHCIP NO

NOM DU CONJOINT

NO RASY

DATE OF BIRTH

DATE DE NAISSANCE

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*

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. VEUILLEZ TROUVER CI-JOINT LES BROCHURES SOULIGNANT LES PRESTATIONS DONT BÉNÉFICIENT LES ASSURÉS OU LEURS PERSONNES À CHARGE EN VERTU DE *LA LOI SUR L'ASSURANCE-SANTÉ* DU YUKON.

IF YOU WISH TO APPLY FOR THESE BENEFITS PLEASE COMPLETE THIS FORM AND RETURN IT TO THE ABOVE ADDRESS

POUR AVOIR DROIT À CES PRESTATIONS, VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE ET NOUS LE RENVOYER À L'ADRESSE INDIQUÉE PLUS HAUT.

**CORRECTION TO PERSONAL INFORMATION**

**CORRECTIONS**

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.

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)

NOM, PRÉNOM, INITIALES

DATE OF BIRTH

DATE DE NAISSANCE

MAILING ADDRESS    CITY/TOWN    POSTAL CODE

ADRESSE    VILLE    CODE POSTAL

SPOUSE'S NAME

YHCIP NO.

NOM DU CONJOINT

NO RASY

SPOUSE'S DATE OF BIRTH

DATE DE NAISSANCE

---

**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.

---

Signature

---

Date

---

**DEMANDE DE PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES  
POUR PERSONNES ÂGÉES**

PAR LA PRÉSENTE, JE RÉCLAME LES PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES POUR LES 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

---

Date

**FORM IX**

**FORMULAIRE IX**

**CERTIFICATE OF PREMIUM DEDUCTION**

**CERTIFICAT DE DÉDUCTION DES PRIMES**

**CERTIFICATE OF YUKON HEALTH CARE INSURANCE  
PLAN PREMIUM DEDUCTION**

**ATTESTATION DE DÉDUCTION DES PRIMES DU  
RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ DU YUKON**

Premiums in the amount of \$ \_\_\_\_\_ have been withheld  
from the remuneration of \_\_\_\_\_  
(Employee Name)

Un montant de \_\_\_\_\_ \$ a été retenu sur le  
salaire de \_\_\_\_\_  
(nom de l'employé)

Health Care Insurance Number \_\_\_\_\_, for  
the month of \_\_\_\_\_, 19\_\_\_\_, and remitted to  
Yukon Health Care Insurance Plan on their behalf.

No RASY \_\_\_\_\_ au cours du  
mois de \_\_\_\_\_ 19\_\_\_\_, et a été remis en  
son nom au Régime d'assurance-santé du Yukon.

Payroll Clerk \_\_\_\_\_

Commis de la paye \_\_\_\_\_

Company Name \_\_\_\_\_

Entreprise \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_





**FORMULAIRE XI**  
**CORRECTIONS**

**RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ DU YUKON**

REPLIR LA PRÉSENTE PARTIE POUR TOUTES LES CORRECTIONS

**PARTIE A - MODIFICATIONS À L'IDENTIFICATEUR**

NO RASY

NOM, PRÉNOM, INITIALES

NO RASY

TYPE ID

**PARTIE B - IDENTITÉ**

TYPE ID

INSCRIPTION

RÉINSCRIPTION

CODE D'ORIGINE

NO ID ANTÉRIEUR

REMARQUES

À RAPPELER

DÉLIVRANCE

AUTOR.

CARTE D'IDENTITÉ

ENTRÉE EN VIGUEUR

EXPIRATION LE

**PARTIE C- ADMISSIBILITÉ**

TYPE A/PC/P

NO LIGNE

CODE PC

CODE PRIME

NO RÉGIME

NO RASY ASSURÉ

NO FEUILLE DE PAYE

VERSEMENT À COMPTER DU

PAIEMENT À COMPTER DU

DATE ANNUL.

CODE PÉR

SIGNATURE DE LA  
PERSONNE AUTORISÉE

TRAITÉ  
LE :

VÉRIFIÉ  
PAR :

**FORM XI**  
**CORRECTIONS**

**YUKON HEALTH CARE INSURANCE PLAN**

THIS AREA TO BE FILLED IN FOR ALL CORRECTIONS

**PART A - IDENTIFIER CHANGE**

YHCIP NO                      NAME (SURNAME, FIRST NAME, INITIALS)                      NEW YHCIP NO                      I.D. TYPE

**PART B - IDENTIFICATION**

I.D. TYPE    ENROLL    RE-ENROLL    ORIGINAL CODES    PREVIOUS I.D. NO.

COMMENTS                      ----- MEMBERSHIP CARD FIELDS -----  
BRING FORWARD    ISSUE    AUTH.    EFFECTIVE DATE    EXPIRY DATE

**PARTIE C- ADMISSIBILITÉ**

TYPE A/D/R    LINE NO.    DEP CODE    PREM CODE    GROUP NO.    SUBSCRIBER YHCIP NO.    PAYROLL NO.    PREM EFFECTIVE    CLAIMS EFFECTIVE    CANCEL DATE    TERM CODE

AUTHORIZED  
SIGNATURE

DATE  
ENTERED

CHECKED  
BY