

**DEMANDEUR**

Nom	Prénoms	Init.	Date de naissance A M J	N° R.A.M.
Adresse postale		Ville ou communauté		N° de tél. (domicile)
Nom du conjoint/du conjoint de fait		N° de tél. (domicile)		N° R.A.M.

**EMPLOI**

DESCRIPTION	DEMANDEUR	CONJOINT/CONJOINT DE FAIT
Avez-vous un emploi?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, nom de l'employeur (si gouvernement, préciser le nom du ministère)		
Adresse de l'employeur		
N° de tél. de l'employeur	( ) -	( ) -
Êtes-vous couvert par un régime d'assurance-maladie?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, donner le nom du régime		

**ATTESTATION DU DEMANDEUR**

J'atteste par la présente que les renseignements donnés sont véridiques et complets au meilleur de ma connaissance.

Signature du demandeur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Après avoir rempli le questionnaire, le renvoyer à :

Ministère de la Santé et des Services sociaux  
Assurance-maladie complémentaire  
Sac postal 9, INUVIK NT X0E 0T0  
Téléphone : (867) 777-7404/7405/7406; sans frais : 1-800-661-0830

La présente information personnelle est recueillie en vertu du pouvoir conféré par la politique et la directive sur l'assurance-maladie complémentaire du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest et sera utilisée pour déterminer l'admissibilité au programme. L'information est protégée par les dispositions de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée. Si vous avez des questions à cet effet, communiquez avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (voir l'information sur le présent formulaire).

Madame, monsieur,

Nos dossiers indiquent que vous avez maintenant soixante ans ou plus. En tant que personne âgée, vous avez le droit de vous inscrire au programme d'assurance-maladie complémentaire pour les personnes âgées si :

- Vous êtes non-autochtone ou Métis
- Vous êtes résident des T.N.-O.
- Vous êtes inscrit au régime d'assurance-maladie des T.N.-O.

Le programme d'assurance-maladie complémentaire pour les personnes âgées fournit les prestations entières ou partielles pour les médicaments prescrits, et rembourse certains coûts de déplacement pour raison médicale, les prothèses auditives, les lunettes, les appareils médicaux, les prothèses et les soins dentaires. Vous trouverez ci-joint un dépliant qui donne un résumé du programme.

Pour vous inscrire, remplissez le formulaire à l'endos et faites-le parvenir à l'adresse indiquée. On vous préviendra quand votre demande aura été traitée. Pour éviter des délais dans le traitement de votre formulaire, veuillez remplir toutes les sections.

Pour plus d'information, communiquez avec le ministère dont les coordonnées apparaissent à l'endos.