

DEMANDE DE CHANGEMENT DE NOM

Veillez fournir une preuve du changement de nom : ordonnance de changement de nom, ordonnance d'adoption ou certificat de mariage, de naissance ou de divorce. (Si le changement de nom a lieu à la suite d'un divorce, veuillez fournir un certificat de naissance indiquant votre nom de jeune fille.)

À NOTER : Les renseignements personnels fournis dans le présent document sont recueillis sous le régime de la *Loi sur l'assurance-maladie* et seront utilisés pour mettre à jour les renseignements qui figurent sur votre carte d'assurance-maladie. Ces renseignements sont protégés 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 ce sujet, communiquez avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, à l'adresse indiquée ci-dessus.

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (Prière d'écrire en lettres moulées)

Nom de famille		Premier prénom		Deuxième prénom	
Date de naissance (jour/mois/année)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Numéro d'assurance-maladie		
Adresse du domicile (n° de maison et nom de rue)			Téléphone (travail) ()		Téléphone (domicile) ()
Ancien nom	Nom de famille		Premier prénom		Deuxième prénom
Nouveau nom	Nom de famille		Premier prénom		Deuxième prénom

Énumérez les membres de la famille qui ont un changement de nom - Inclure l'épouse et toutes personnes à charge (18 ans ou moins)

Nom de famille		Premier prénom		Deuxième prénom	
Date de naissance (jour/mois/année)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Numéro d'assurance-maladie		
Nom de famille		Premier prénom		Deuxième prénom	
Date de naissance (jour/mois/année)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Numéro d'assurance-maladie		
Nom de famille		Premier prénom		Deuxième prénom	
Date de naissance (jour/mois/année)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Numéro d'assurance-maladie		
Nom de famille		Premier prénom		Deuxième prénom	
Date de naissance (jour/mois/année)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Numéro d'assurance-maladie		
Nom de famille		Premier prénom		Deuxième prénom	
Date de naissance (jour/mois/année)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Numéro d'assurance-maladie		
Nom de famille		Premier prénom		Deuxième prénom	
Date de naissance (jour/mois/année)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Numéro d'assurance-maladie		
Nom de famille		Premier prénom		Deuxième prénom	
Date de naissance (jour/mois/année)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Numéro d'assurance-maladie		
Nom de famille		Premier prénom		Deuxième prénom	
Date de naissance (jour/mois/année)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Numéro d'assurance-maladie		
Nom de famille		Premier prénom		Deuxième prénom	
Date de naissance (jour/mois/année)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Numéro d'assurance-maladie		

"J'atteste que je réside aux Territoires du Nord-Ouest. Je comprends que le fait de fournir des renseignements faux ou trompeurs dans le présent formulaire constitue une infraction. En signant ce formulaire, j'autorise l'Administration des services de santé à vérifier les renseignements et la documentation fournis aux fins de cette demande."

Signature _____ Date (jour/mois/année) _____

Signature _____ Date (jour/mois/année) _____