

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

Les renseignements personnels fournis dans ce formulaire sont protégés par les dispositions de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* et seront utilisés seulement pour déterminer votre admissibilité au Régime d'assurance-maladie pour les Métis.

Pour faire une demande d'inscription au Régime d'assurance-maladie pour les Métis (RAMM), vous devez d'abord être inscrit au Régime d'assurance-maladie des Territoires du Nord-Ouest.

À noter : Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez utiliser une feuille séparée et la joindre à ce formulaire.

- Le Régime d'assurance-maladie des Métis est un payeur de dernier recours. Vous devez d'abord soumettre une demande de prestation auprès de votre régime d'assurance collective (régime de votre employeur) ou de tout autre régime semblable.
- Si les renseignements relatifs à votre employeur doivent être modifiés, veuillez en aviser sans tarder le coordonnateur des prestations à l'adresse suivante : Coordonnateur des prestations, Prestations d'assurance-maladie, Administration des services de santé, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, Sac postal no 9, Inuvik NT X0E 0T0. Fax : (867) 777-3197; téléphone : (867) 777-7402; 1 800 661-0830 (sans frais).
- Toute nouvelle demande doit parvenir à l'adresse suivante : Coordonnateur des prestations, Prestations d'assurance-maladie, Administration des services de santé, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, Sac postal no 9, Inuvik NT X0E 0T0. Fax : (867) 777-3197; téléphone : (867) 777-7402; 1 800 661-0830 (sans frais).
- Il vous incombe de prouver que vous êtes de descendance métisse. À cette fin, il se peut que vous deviez fournir les documents suivants : a) un certificat de naissance; b) un certificat de mariage; c) d'autres documents justificatifs.

RAISON DE LA DEMANDE

Nouvelle demande Modification Autre (préciser) :

Veuillez indiquer votre situation.	Cette demande d'inscription au Régime d'assurance-maladie pour les Métis vise <input type="checkbox"/> l'auteur(e) de la demande, <input type="checkbox"/> son conjoint ou sa conjointe, et <input type="checkbox"/> les personnes à sa charge, si elles sont admissibles. OU <input type="checkbox"/> Je présente cette demande au Régime d'assurance-maladie pour les Métis en tant que tuteur, au nom d'une personne mineure ou incapable.
------------------------------------	---

RENSEIGNEMENTS SUR L'AUTEUR(E) DE LA DEMANDE

Nom de famille		Prénom(s)		Sexe <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	
Adresse postale				Code postal	
N° de téléphone	N° d'assurance-maladie des TNO	Date de naissance (A/M/J)	Lieu de naissance		
De quel groupe indigène descendez-vous? <input type="checkbox"/> Métis et : <input type="checkbox"/> Cri <input type="checkbox"/> Peau-de-lièvre <input type="checkbox"/> Slavey <input type="checkbox"/> Chipewyan <input type="checkbox"/> Dogrib <input type="checkbox"/> Gwich'in <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :					
Nom et origine ethnique du père			Nom de jeune fille et origine ethnique de la mère		
Date de naissance (A/M/J)	Lieu de naissance	Date de naissance (A/M/J)	Lieu de naissance		
Nom et origine ethnique du grand-père paternel			Nom et origine ethnique du grand-père maternel		
Nom et origine ethnique de la grand-mère paternelle			Nom et origine ethnique de la grand-mère maternelle		

RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT OU LA CONJOINTE (À noter : Ne pas remplir cette section si la personne n'est pas d'origine autochtone.)

Nom de famille		Prénom(s)		Sexe <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	
Adresse postale				Code postal	
N° de téléphone	N° d'assurance-maladie des TNO	Date de naissance (A/M/J)	Lieu de naissance		
De quel groupe indigène descendez-vous? <input type="checkbox"/> Métis et : <input type="checkbox"/> Cri <input type="checkbox"/> Peau-de-lièvre <input type="checkbox"/> Slavey <input type="checkbox"/> Chipewyan <input type="checkbox"/> Dogrib <input type="checkbox"/> Gwich'in <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :					

DRESSEZ LA LISTE DE TOUS LES ENFANTS DE L'AUTEUR(E) DE LA DEMANDE

(À noter : Les personnes de 18 ans et plus doivent remplir leur propre formulaire.)

Nom de famille	Prénom(s)	Sexe	Date de naissance (A/M/J)	N° d'assurance-maladie des TNO

AUTRES RENSEIGNEMENTS

Veuillez indiquer si vous êtes :	
<input type="checkbox"/> Métis indigène des TNO <input type="checkbox"/> Métis non indigène des TNO <input type="checkbox"/> membre accepté par la communauté et nom de la communauté :	<input type="checkbox"/> Métis au sens du projet de loi C-31
Veuillez indiquer si vous êtes :	
<input type="checkbox"/> inscrit(e) sur la liste générale des membres, nom de la communauté :	<input type="checkbox"/> membre d'une association locale de Métis, nom de la communauté :
Veuillez indiquer si vous êtes admissible à titre de bénéficiaire à l'entente de revendication territoriale visant :	
<input type="checkbox"/> la région des Gwich'in <input type="checkbox"/> la région du Sahtu <input type="checkbox"/> la région du Deh Cho <input type="checkbox"/> la région du Slave Nord <input type="checkbox"/> la région du Slave Sud	

RENSEIGNEMENTS AU SUJET DE L'EMPLOI

Description	Auteur(e) de la demande (ou parent ou tuteur si la demande vise une personne à charge)		Conjoint(e) (ou second parent ou tuteur si la demande vise une personne à charge)	
Avez-vous un emploi ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
S'agit-il d'un emploi saisonnier ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, préciser :	De	à	De	à
Nom de l'employeur et service :				
Adresse de l'employeur :				
N° de téléphone de l'employeur :				
Êtes-vous admissible à des prestations dans le cadre du régime d'assurance collective de votre employeur ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, préciser :	Nom du régime d'assurance collective		Nom du régime d'assurance collective	
	N° du régime d'assurance médicale		N° du régime d'assurance médicale	
	N° du régime d'assurance-soins dentaires		N° du régime d'assurance-soins dentaires	
Êtes-vous admissible à des prestations dans le cadre d'un régime d'assurance privé ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, préciser :	Nom du régime d'assurance privé		Nom du régime d'assurance privé	
	N° du régime d'assurance médicale		N° du régime d'assurance médicale	
	N° du régime d'assurance-soins dentaires		N° du régime d'assurance-soins dentaires	

NE PAS REMPLIR LA PARTIE OMBRÉE - CETTE PARTIE EST RÉSERVÉE À L'USAGE DE L'ADMINISTRATION DES SERVICES DE SANTÉ DES TERRITOIRES DU NORD-OUEST

MÉTIS HEALTH BENEFITS ELIGIBILITY

Description	Applicant	Spouse
1 A Canadian Citizen Registered with the Northwest Territories Health Care Plan?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
2 Registered Indigenous Métis with the Métis Nation - Northwest Territories?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
3 Enumerated for the 1988 Comprehensive Land Claims Agreement in Principal between Canada and the Dene Nation and the Métis Nation - Northwest Territories?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
4 Applicant is a Descendant of: (on or before January 1, 1921)	<input type="checkbox"/> Métis and/or: <input type="checkbox"/> Cree <input type="checkbox"/> Chipewyan <input type="checkbox"/> Hare <input type="checkbox"/> Dogrib <input type="checkbox"/> Slavey <input type="checkbox"/> Gwich'in	<input type="checkbox"/> Métis and/or: <input type="checkbox"/> Cree <input type="checkbox"/> Chipewyan <input type="checkbox"/> Hare <input type="checkbox"/> Dogrib <input type="checkbox"/> Slavey <input type="checkbox"/> Gwich'in
5 A Community Acceptance Member:	Date of Vote (Y/M/D)	Date of Vote (Y/M/D)
	Location of Vote	Location of Vote
	Name of Community	Name of Community
6 Adopted as a Minor under the Laws of any Jurisdiction or any Métis Custom, by a person qualified under 3 or 5 above?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
7 A Descendant of a person qualified under 3, 5, or 6 above?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

HEALTH SERVICES ADMINISTRATION APPROVAL - NORTHWEST TERRITORIES

Applicant Approved? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Signature: _____ Date: _____ Y/M/D
Spouse Approved? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Dependant(s) Approved? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

ATTESTATION

J'atteste que les renseignements fournis dans ce formulaire (au recto et au verso) sont véridiques, exacts et complets pour autant que je sache.

Signature: _____ Date: _____
Auteur(e) de la demande, parent, tuteur A/M/J