

Read the instructions before completing this form.

- ✓ *A separate form is needed for each member of your family.*
- ✓ *You may need to visit an OHIP office to report your changes.*
- ✓ *All supporting documents must be ORIGINAL. Photocopies will not be accepted. See [list of acceptable documents](#).*
- ✓ *Don't forget to sign the form.*

Complete this form to:

- change your address **Section B**
- change your name or change / correct your date of birth or sex **Section C**
- update your immigration status or change your citizenship status **Section C**
- report a leave from Ontario for more than seven months **Section D**
- request a replacement Health Card **Section E**
- no longer require health coverage **Section F**

For the Ministry of Health and Long-Term Care office nearest you please call

1 800 268-1154
In Toronto (416) 314-5518
For TTY 1 800 387-5559

or

Consult the government pages of your telephone book

or

Visit our Web site at www.gov.on.ca/health

Instructions

A. Personal information

Complete this section with your Health Number and the 1 or 2 letter version code (*if there is one*) exactly as they appear on your Health Card. If you are completing the form for a child under 16 years of age, the **parent/guardian Health Number** is also needed.

B. Address

Provide your current mailing and residence address. You do not have to visit an OHIP office for an address change.

C. New information

If you are changing or correcting your name, sex or date of birth, you will need to provide **original** documents to support the change.

If you are changing your **citizenship status** you will need to provide **original** documents to support the change.

D. Temporary absence from Ontario

Complete this section if you require continuous Ontario Health coverage during a temporary absence from Ontario (more than seven months). You may be asked for **original** documentation to support the absence.

Full time academic studies: An approved absence for the duration of your studies may be granted. You must provide an **original** letter from the school confirming your full time program registration and the expected duration of your program.

Employment: An approved absence for up to 5 years may be granted. You must provide an **original** letter from your employer confirming your employment and the expected duration of your assignment.

Vacation: An approved absence for a vacation may be granted for up to two years.

Missionary: An approved absence for the duration of the assignment may be granted. You must provide an **original** letter from the office of the Ontario-based sponsoring religious organization indicating that you will be conducting missionary work and the expected duration of your mission.

E. Card replacement

Provide reason for replacement. If you have lost your photo Health Card, contact an OHIP office. If you have lost your red and white card, you have to visit an OHIP office.

F. Cancellation of coverage

Use this section to cancel a person's coverage due to **death** or **other** reason.

- due to death (*Provide the Death Certificate*)
- if you are joining the Canadian Armed Forces or RCMP
- other reasons

G. Agreement

Read the agreement, sign and date it.

A parent or guardian must sign for a child under 16 years of age. A person holding power of attorney may sign for the represented individual. Provide the power of attorney.

Collection of the information on this form is for the assessment and verification of eligibility for Health Insurance and Drug Benefit and administration of the Health Insurance and Ontario Drug Benefit Act, and for health planning and coordination. The authority for the collection and use of this information is the *Health Insurance Act, R.S.O. 1990, c. H.6, s.4.1(1) and (2)* and the *Ontario Drug Benefit Act, R.S.O. 1990, c.O.10, s.13(1) and (2)*. The information collected may be verified by comparing it with information collected from other government and non-government organizations where permitted by law. For information about collection practices, call 1 800 268-1154, In Toronto (416) 314-5518, or write to the Director, Registration and Claims Branch, Box 48, 49 Place d'Armes, Kingston ON K7L 5J3.

Microfilm use only

Read instructions before completing. Print in blue or black ink.

A. Personal information – Complete all sections

Health Number	Version	Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date of birth yyyy mm dd	Parent or guardian's Health Number
Last name		First name	Middle name	
Home telephone no. ()	<input type="checkbox"/> no telephone	Work or other telephone no. () ext.		

B. Address

Mailing address	Apartment	Street number and name, or P.O. box number, R.R., General Delivery		
City	Province	Country	Postal code	Effective date of change yyyy mm dd
Residence address (if different from above)	Apartment	Street number and name, or lot, concession, and township		
City	Province ON	Country CANADA	Postal code	Effective date of change yyyy mm dd

C. New information – Supporting document required for any changes in this section

Name	Last name	First name	Middle name
Date of birth yyyy mm dd	Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Effective date of change yyyy mm dd	
Citizenship status	<input type="checkbox"/> Canadian	<input type="checkbox"/> Indian (under the Indian Act)	<input type="checkbox"/> Landed immigrant <input type="checkbox"/> Convention refugee <input type="checkbox"/> Other (specify)

D. Temporary absence from Ontario

<input type="checkbox"/> within Canada	<input type="checkbox"/> outside Canada	Departure date yyyy mm dd	Expected date of return yyyy mm dd
Reason for absence <input type="checkbox"/> full time academic studies <input type="checkbox"/> employment <input type="checkbox"/> vacation <input type="checkbox"/> missionary			
Additional information			Contact telephone number (if available) ()

Mailing address outside Ontario	Apt.	Street number and name, or P.O. box number, R.R., General Delivery		
City	Province	Country	Postal code	
Ontario address	Apt.	Street number and name, or P.O. box number, R.R., General Delivery		
City	Province ON	Country CANADA	Postal code	

E. Card replacement

My Health Card is: lost stolen damaged I did not receive my Health Card

F. Cancellation of coverage

Reason for cancellation	<input type="checkbox"/> death <input type="checkbox"/> joining Canadian Armed Forces / RCMP <input type="checkbox"/> leaving Ontario permanently	Effective date yyyy mm dd
<input type="checkbox"/> leaving Canada permanently	<input type="checkbox"/> other	
Name of person reporting cancellation	Relationship	Signature X

G. Agreement

I confirm that:

- I (still) make my permanent and principal home in Ontario.
- I will be living in Ontario for at least 153 days in any 12-month period unless applying for temporary absence from Ontario.
- If there is a change in name, address, citizenship or immigration status, I will tell the Ministry of Health and Long-Term Care within 30 days.
- The information I have given in this application, and in the documents I have provided, is true and accurate.

I understand that:

- For verification, this information may be collected from, and disclosed to, government and non-government organizations, if the law allows it.
- The Ministry of Health and Long-Term Care may check my resident status and any information I have given on this form and in the documents I have provided.

Signature of <input type="checkbox"/> applicant <input type="checkbox"/> legal guardian <input type="checkbox"/> parent <input type="checkbox"/> power of attorney X	Date
---	------

Ministry use only		Health Number	Version code	Date	Processing Clerk no.	Initials
Citizenship	Name on document	Cit type		Effective date	End date	
	Document type	Issued by	Document no.		Client I.D.	
Res.	Document type	Document source	Ident.	Document type	Document source	Organ donor
						Exemptions <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> S

Veillez lire les instructions avant de remplir la formule.

- ✓ *Veillez remplir une formule distincte pour chaque membre de la famille.*
- ✓ *Vous devrez peut-être vous rendre à un bureau de l'Assurance-santé pour signaler les modifications.*
- ✓ *Tous les documents à l'appui doivent être des ORIGINALS. Les photocopies ne sont pas acceptées. Voir la [liste des documents acceptables](#).*
- ✓ *N'oubliez pas de signer la formule.*

Veillez remplir cette formule pour :

- signaler un changement d'adresse **Section B**
- signaler un changement de nom ou changement /
correction de votre date de naissance ou de votre sexe **Section C**
- signaler un changement de statut d'immigrant(e) ou de citoyen(ne) **Section C**
- signaler un séjour hors de l'Ontario de plus de sept mois **Section D**
- demander une carte Santé de remplacement **Section E**
- annuler l'Assurance-santé **Section F**

Pour trouver le bureau du ministère de la Santé et des Soins de longue durée le plus près de chez vous, veuillez composer le

1 800 268-1154
À Toronto 416 314-5518
ATS 1 800 387-5559

ou

Consultez les pages du gouvernement de votre annuaire téléphonique

ou

Visitez notre site Web : www.gov.on.ca/health

Instructions

A. Renseignements personnels

Pour remplir cette section, veuillez inscrire le numéro de votre carte Santé et le code de 1 ou 2 lettres (le cas échéant) en prenant soin de suivre exactement la façon dont ils sont inscrits sur votre carte Santé. Si vous remplissez cette formule au nom d'un enfant de moins de 16 ans, il vous faut aussi donner **le numéro de carte Santé du père ou de la mère, ou du tuteur ou de la tutrice**.

B. Adresse

Veuillez indiquer votre adresse postale et votre adresse domiciliaire actuelles. Il n'est pas nécessaire de vous rendre à un bureau de l'Assurance-santé dans le cas d'un changement d'adresse.

C. Nouveaux renseignements

Si vous désirez corriger les données concernant le nom, le sexe ou la date de naissance, vous devez fournir des documents **originaux** à l'appui de la modification.

Dans le cas d'un changement de statut de citoyen(ne), vous devez fournir des documents **originaux** à l'appui.

D. Séjour temporaire hors de l'Ontario

Veuillez remplir cette section si vous avez besoin de l'Assurance-santé de l'Ontario durant votre séjour temporaire hors de l'Ontario (d'une durée de plus de sept mois). Il se peut qu'on vous demande de fournir des documents **originaux** à l'appui.

Études scolaires à plein temps : Il est possible d'obtenir une autorisation de séjour hors de l'Ontario pour la durée de vos études. Vous devez fournir l'**original** d'une lettre de l'établissement d'enseignement confirmant votre inscription à un programme d'enseignement à plein temps et la durée prévue de votre programme.

Emploi : Il est possible d'obtenir une autorisation de séjour hors de l'Ontario d'une durée maximale de cinq ans. Vous devez fournir l'**original** d'une lettre de votre employeur confirmant votre emploi et la durée prévue de votre affectation.

Vacances : Il est possible d'obtenir une autorisation pour prendre des vacances hors de l'Ontario d'une durée maximale de deux ans.

Oeuvres missionnaires : Il est possible d'obtenir une autorisation de séjour hors de l'Ontario pour la durée de votre mission. Vous devez fournir l'**original** d'une lettre du bureau ontarien de l'organisme religieux parrain indiquant votre rôle de missionnaire et la durée prévue de votre mission.

E. Remplacement de la carte

Veuillez donner la raison du remplacement. Si vous avez perdu votre carte Santé avec photo, communiquez avec un bureau de l'Assurance-santé. Si vous avez perdu votre carte rouge et blanche, vous devez vous rendre à un bureau de l'Assurance-santé.

F. Annulation de l'Assurance -santé

Veuillez utiliser cette section pour annuler l'Assurance-santé en raison d'un **décès** ou pour toute **autre** raison.

- en raison d'un décès (*Veuillez fournir un certificat de décès.*)
- en raison de l'entrée dans les Forces canadiennes ou la GRC
- pour une autre raison

G. Entente

Veuillez lire l'entente énoncée dans cette section, la dater et la signer.

Le père, la mère, le tuteur ou la tutrice d'un enfant de moins de 16 ans peut signer à sa place. Une personne qui a obtenu une procuration peut signer pour la personne qu'elle représente.

Veuillez fournir la preuve de procuration.

Les renseignements demandés dans cette formule sont recueillis aux fins d'évaluation et de vérification de l'admissibilité à l'Assurance-santé et au programme de médicaments de l'Ontario aux fins d'administration de la *Loi sur l'assurance-santé* et de la *Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario*, ainsi qu'aux fins de planification et de coordination des services de santé. Ces renseignements sont réunis et utilisés à ces fins en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*, L.R.O. 1990, chap. H.6, paragraphes 4.1 (1) et (2) et de la *Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario*, L.R.O. 1990, chap. O.10, paragraphes 13 (1) et (2). Les renseignements réunis seront vérifiés en les comparant aux renseignements obtenus auprès d'autres organismes gouvernementaux et non gouvernementaux, si la loi l'autorise. Pour plus de précisions sur la collecte de ces renseignements, faites le 1 800 268-1154 ou, à Toronto, le 416 314-5518, ou écrivez au directeur ou à la directrice de l'inscription et des demandes de règlement, C.P. 48, 49, Place d'Armes, Kingston ON K7L 5J3.

Réservé aux microfilms

Veillez lire les instructions avant de remplir la formule. Écrire en lettres moulées à l'encre bleue ou noire.

A. Renseignements personnels – Veillez remplir au complet

Numéro de carte Santé	Version	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance aaaa mm jj	N° de carte Santé/père/mère/tuteur(trice)
Nom de famille	Prénom		Deuxième prénom	
N° de téléphone à votre domicile ()	<input type="checkbox"/> pas de téléphone		N° de téléphone au travail ou ailleurs ()	poste

B. Adresse

Adresse postale	App.	N° et rue, R.R., C.P., poste restante		
Ville	Province	Pays	Code postal	Date d'entrée en vigueur aaaa mm jj
Adresse du domicile (si différente de l'adresse ci-haut mentionnée)	App.	N° et rue, lot, concession et canton		
Ville	Province ON	Pays CANADA	Code postal	Date d'entrée en vigueur aaaa mm jj

C. Nouveaux renseignements – Vous devez soumettre la documentation à l'appui pour tout changement dans cette section

Nom	Nom de famille	Prénom	Deuxième prénom
Date de naissance aaaa mm jj	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Female	Date d'entrée en vigueur aaaa mm jj	
Statut de citoyen(ne)	<input type="checkbox"/> Canadien(ne) <input type="checkbox"/> Autochtone (selon la Loi sur les Indiens) <input type="checkbox"/> Immigrant(e) admis(e) <input type="checkbox"/> Réfugié(e) au sens de la Convention <input type="checkbox"/> Autre (précisez)		

D. Séjour temporaire hors de l'Ontario

<input type="checkbox"/> au Canada	<input type="checkbox"/> hors Canada	Date de départ aaaa mm jj	Date de retour prévue aaaa mm jj
Raison de l'absence <input type="checkbox"/> études scolaires à plein temps <input type="checkbox"/> emploi <input type="checkbox"/> vacances <input type="checkbox"/> oeuvre missionnaire			
Renseignements supplémentaires			N° de tél. d'une personne contact (si disponible) ()

Adresse postale en dehors de l'Ontario	App.	N° et rue, R.R., C.P., poste restante		
Ville	Province	Pays	Code postal	
Adresse en Ontario	App.	N° et rue, R.R., C.P., poste restante		
Ville	Province ON	Pays CANADA	Code postal	

E. Remplacement de la carte

Ma carte Santé est : perdue volée endommagée Je n'ai pas reçu ma carte Santé

F. Annulation de l'Assurance-santé

Raison de l'annulation <input type="checkbox"/> décès <input type="checkbox"/> je m'enrôle dans les Forces armées canadiennes ou la GRC <input type="checkbox"/> départ permanent de l'Ontario <input type="checkbox"/> départ permanent du Canada <input type="checkbox"/> autre	Date d'entrée en vigueur aaaa mm jj	
Nom de la personne signalant l'annulation	Relation	Signature X

G. Entente
Je confirme :

- que ma résidence permanente et principale se trouve (toujours) en Ontario.
- que je vivrai en Ontario pendant au moins 153 jours au cours de toute période de 12 mois, sauf si je demande une autorisation de séjour temporaire hors de l'Ontario.
- que j'aviserai dans un délai de 30 jours le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de tout changement de nom, d'adresse, de statut d'immigrant(e) ou de citoyen(ne).
- que les renseignements inscrits sur cette formule de demande et dans les documents fournis sont exacts.

Je comprends :

- que ces renseignements peuvent être recueillis par le gouvernement et des organismes non gouvernementaux et communiqués à ceux-ci aux fins de vérification, si la loi le permet.
- qu'il est possible que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée vérifie mon statut de citoyen(ne) ainsi que tout renseignement inscrit sur cette formule et dans les documents fournis.

Signature <input type="checkbox"/> de l'auteur(e) de la demande <input type="checkbox"/> du tuteur ou de la tutrice <input type="checkbox"/> du père ou de la mère <input type="checkbox"/> du/de la titulaire d'une procuration X	Date
---	------