



EXTENDED HEALTH BENEFITS APPLICATION
DEMANDE DE PRESTATION D'ASSURANCE-MALADIE COMPLÉMENTAIRE

APPLICANT - DEMANDEUR

Le genre masculin est utilisé dans le présent formulaire comme genre neutre.

Surname - Nom	Given Name(s) - Prénom(s)	Init.	Birthdate - Né le Y-A M-M D-J	H.C.P. No. - N° de R.A.M.
Mailing Address - Adresse postale	City/Community - Ville ou communauté	Postal Code postal	Home Phone No. - N° de tél. (domicile)	
Spouse/Common-law (Parent/Guardian for dependant)	Conjoint/Conjoint de fait (parent ou tuteur pour personne à charge)	Phone No. - N° de tél.	H.C.P. No. - N° de R.A.M.	

Note: If completed for dependent, please ensure both parents or guardians complete "Employment Status" Section below.

Remarque : Si vous faites une demande pour une personne à charge, assurez-vous que les deux parents ou tuteurs complètent la section « emploi » ci-dessous.

EMPLOYMENT STATUS - EMPLOI

DESCRIPTION	APPLICANT Or parent/guardian if applicant is a dependant	DEMANDEUR Ou parent ou tuteur si le demandeur est une personne à charge	SPOUSE/COMMON-LAW Or second parent/guardian if applicants a dependent	CONJOINT/CONJOINT DE FAIT Ou second parent ou tuteur si le demandeur est une personne à charge
Are you employed? Avez-vous un emploi	<input type="checkbox"/> Yes - Oui	<input type="checkbox"/> No - Non	<input type="checkbox"/> Yes - Oui	<input type="checkbox"/> No - Non
If yes, Employer's Name (If Government, give Department) Si oui, nom de l'employeur (Si gouvernement, préciser le nom du ministère)				
Employer's Address Adresse de l'employeur				
Employer's Phone No. N° de téléphone de l'employeur	() -		() -	
Are you covered under a medical group insurance plan? Êtes-vous couvert par un régime d'assurance-maladie	<input type="checkbox"/> Yes - Oui	<input type="checkbox"/> No - Non	<input type="checkbox"/> Yes - Oui	<input type="checkbox"/> No - Non
If yes, give name of plan Si oui, donner le nom du régime				

MEDICAL STATEMENT - TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN OR NURSE IN CHARGE

RAPPORT MÉDICAL - À ÊTRE REMPLI PAR LE MÉDECIN OU L'INFIRMIÈRE

Note: Not required for Metis or Non-Native applicants age 60 or over (Senior applicants).

Remarque: Non requis pour les demandeurs Métis ou non-autochtones âgés de 60 ans et plus (personnes du troisième âge).

ICD-CM Diagnosis - Diagnostic CIM10	Name of Physician, Nurse in Charge (Please print) Nom du médecin, de l'infirmière responsable (écrire en lettres majuscules)	Physician ID # N° du médecin
Effective Date of Diagnosis: Diagnostic émis le : Y-A M-M D-J	Signature : _____ Date : _____	

APPLICANT'S DECLARATION - ATTESTATION DU DEMANDEUR

I hereby certify that the information given is true, correct and complete to the best of my knowledge.
J'atteste par la présente que les renseignements donnés sont véridiques et complets au meilleur de ma connaissance.

Applicant's Signature: _____ Date: _____
Signature du demandeur : _____ Date : _____
Applicant, Parent, Guardian - Demandeur, Parent, Tuteur

RETURN COMPLETED FORM TO / RENOYER À :

Department of Health and Social Services
Health Benefit Programs
Bag #9 Inuvik, NT X0E 0T0

Phone: (867) 777-7404/7405/7406 Toll-free: 1-800-661-0830
Tél. : (867) 777-7404/7405/7406 Sans frais : 1-800-661-0830

This personal information is being collected under the authority of the Government of the Northwest Territories Extended Health Benefits Policy and Directive and will be used to determine program benefit entitlement. This information is protected by the privacy provisions of the Access to Information and Protection of Privacy Act. If you have any questions about the collection of this information, contact the Department of Health and Social Services (see contact information provided on this form).

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).



EXTENDED HEALTH BENEFITS APPLICATION
DEMANDE DE PRESTATION D'ASSURANCE-MALADIE COMPLÉMENTAIRE

APPLICANT - DEMANDEUR

Le genre masculin est utilisé dans le présent formulaire comme genre neutre.

Surname - Nom	Given Name(s) - Prénom(s)	Init.	Birthdate - Né le Y-A M-M D-J	H.C.P. No. - N° de R.A.M.
Mailing Address - Adresse postale	City/Community - Ville ou communauté	Postal Code postal	Home Phone No. - N° de tél. (domicile)	
Spouse/Common-law (Parent/Guardian for dependant)	Conjoint/Conjoint de fait (parent ou tuteur pour personne à charge)	Phone No. - N° de tél.	H.C.P. No. - N° de R.A.M.	

Note: If completed for dependent, please ensure both parents or guardians complete "Employment Status" Section below.

Remarque : Si vous faites une demande pour une personne à charge, assurez-vous que les deux parents ou tuteurs complètent la section « emploi » ci-dessous.

EMPLOYMENT STATUS - EMPLOI

DESCRIPTION	APPLICANT Or parent/guardian if applicant is a dependant	DEMANDEUR Ou parent ou tuteur si le demandeur est une personne à charge	SPOUSE/Common-law Or second parent/guardian if applicants a dependent	CONJOINT/CONJOINT DE FAIT Ou second parent ou tuteur si le demandeur est une personne à charge
Are you employed? Avez-vous un emploi	<input type="checkbox"/> Yes - Oui	<input type="checkbox"/> No - Non	<input type="checkbox"/> Yes - Oui	<input type="checkbox"/> No - Non
If yes, Employer's Name (If Government, give Department) Si oui, nom de l'employeur (Si gouvernement, préciser le nom du ministère)				
Employer's Address Adresse de l'employeur				
Employer's Phone No. N° de téléphone de l'employeur	() -		() -	
Are you covered under a medical group insurance plan? Êtes-vous couvert par un régime d'assurance-maladie	<input type="checkbox"/> Yes - Oui	<input type="checkbox"/> No - Non	<input type="checkbox"/> Yes - Oui	<input type="checkbox"/> No - Non
If yes, give name of plan Si oui, donner le nom du régime				

MEDICAL STATEMENT - TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN OR NURSE IN CHARGE

RAPPORT MÉDICAL - À ÊTRE REMPLI PAR LE MÉDECIN OU L'INFIRMIÈRE

Note: Not required for Metis or Non-Native applicants age 60 or over (Senior applicants).

Remarque: Non requis pour les demandeurs Métis ou non-autochtones âgés de 60 ans et plus (personnes du troisième âge).

ICD-CM Diagnosis - Diagnostic CIMA	Name of Physician, Nurse in Charge (Please print) Nom du médecin, de l'infirmière responsable (écrire en lettres majuscules)	Physician ID # N° du médecin
Effective Date of Diagnosis: Diagnostic émis le : Y-A M-M D-J	Signature : _____ Date : _____	

APPLICANT'S DECLARATION - ATTESTATION DU DEMANDEUR

I hereby certify that the information given is true, correct and complete to the best of my knowledge.
J'atteste par la présente que les renseignements donnés sont véridiques et complets au meilleur de ma connaissance.

Applicant's Signature: _____ Date : _____
Signature du demandeur : _____
Applicant, Parent, Guardian - Demandeur, Parent, Tuteur

RETURN COMPLETED FORM TO / RENOYER À :

Department of Health and Social Services
Health Benefit Programs
Bag #9 Inuvik, NT X0E 0T0

Phone: (867) 777-7404/7405/7406 Toll-free: 1-800-661-0830
Tél. : (867) 777-7404/7405/7406 Sans frais : 1-800-661-0830

This personal information is being collected under the authority of the Government of the Northwest Territories Extended Health Benefits Policy and Directive and will be used to determine program benefit entitlement. This information is protected by the privacy provisions of the Access to Information and Protection of Privacy Act. If you have any questions about the collection of this information, contact the Department of Health and Social Services (see contact information provided on this form).

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).