

Veillez lire les instructions avant de remplir le formulaire.

- ✓ *Veillez remplir un formulaire distinct 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 ORIGINAUX. Les photocopies ne sont pas acceptées. Voir la **liste des documents acceptables**.*
- ✓ *N'oubliez pas de signer le formulaire.*

Veillez remplir ce formulaire 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 de l'assurance-santé plus près de chez vous, veuillez composer le 1 800 664-8988

À Toronto 416 327-7567

ATS 1 800 387-5559

Avez-vous besoin de plus d'information? Visitez www.health.gov.on.ca/indexf.html

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.

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 souhaitez rectifier/modifier votre nom, sexe, date de naissance et/ou statut de citoyen(ne), vous devez vous rendre au bureau de l'assurance-santé. Veuillez consulter la *Liste de documents pour l'assurance-santé de l'Ontario (9998-82)* car on vous demandera de fournir les **originaux** des documents à l'appui.

D. Absence temporaire en dehors de l'Ontario

Veuillez remplir cette section si vous quittez la province de façon temporaire pendant plus de sept mois et si vous êtes admissible à l'assurance-santé conformément au Règlement 552 pris en application de la *Loi sur l'assurance-santé*. Dans tous les cas, votre domicile permanent doit être en Ontario. Il se peut qu'on vous demande de fournir les **originaux** de vos documents à l'appui.

Veuillez indiquer si vous voyagez au Canada ou à l'étranger. Veuillez noter que les explications ci-dessous ne sont que des descriptions générales. Les dispositions du Règlement 552 et de la *Loi sur l'assurance-santé* font autorité quant aux absences temporaires en dehors de l'Ontario.

Au Canada – étudiants : si vous êtes étudiante ou étudiant à plein temps, il se peut que vous ayez droit à l'assurance-santé pendant la durée de vos études. Vous devez fournir l'**original** d'une lettre de l'établissement d'enseignement confirmant votre inscription et la durée prévue de vos études.

Au Canada – autre : si vous voyagez au Canada pour toute autre raison, vous pouvez continuer à bénéficier de l'assurance-santé en dehors de l'Ontario pendant un maximum d'un an. Sauf les étudiants, les gens qui prévoient de passer plus d'un an d'autre part au Canada devraient faire une demande d'adhésion au régime d'assurance-santé de leur nouvelle province ou nouveau territoire de résidence.

À l'étranger – étudiants : si vous êtes étudiante ou étudiant à plein temps, il se peut que vous ayez droit à l'assurance-santé pendant la durée de vos études. Vous devez fournir l'**original** d'une lettre de l'établissement d'enseignement confirmant votre inscription et la durée prévue de vos études.

À l'étranger – emploi : il se peut que vous ayez droit à l'assurance-santé pendant un maximum de cinq ans. Vous devez fournir l'**original** d'une lettre de votre employeur confirmant votre embauche et la durée prévue de l'emploi.

À l'étranger – œuvres missionnaires : il se peut que vous ayez droit à l'assurance-santé pendant la durée de l'affectation. Vous devez fournir l'**original** d'une lettre d'un organisme religieux basé en Ontario parrainant la mission indiquant que vous allez participer à une mission et la durée prévue de cette mission.

À l'étranger – vacances / autre : il se peut que vous ayez droit à l'assurance-santé pour des vacances ou tout autre séjour pendant un maximum de deux ans. Ceci peut se faire une fois dans votre vie seulement, sous forme de deux absences d'un an ou d'une absence de deux ans.

E. Remplacement de la carte

Veuillez donner la raison du remplacement. Pour remplacer une carte Santé avec photo, contactez le ministère au 1 800 664-8988. (À Toronto, composez le 416 327-7567. Pour le service ATS, faites le 1 800 387-5559.) Pour remplacer une carte rouge et blanche, vous devrez vous rendre au bureau de l'assurance-santé pour vous réinscrire et obtenir une carte Santé avec photo. Veuillez consulter la *Liste de documents pour l'assurance-santé de l'Ontario (9998-82)* pour savoir quels documents peuvent être présentés à l'appui.

F. Annulation de l'assurance -santé

Veuillez utiliser cette section pour annuler l'assurance-santé :

- en raison d'un décès (*Veuillez fournir un certificat de décès*)
- en raison de l'entrée dans les Forces canadiennes ou la GRC et l'assurance-santé n'est plus nécessaire
- par suite d'un départ permanent de l'Ontario ou du Canada
- pour autre raison

G. Entente

Veuillez lire l'entente avant de signer et de dater le formulaire.

Le père, la mère, le tuteur ou la tutrice d'un enfant de moins de 16 ans doit 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 personnels collectés sur ce formulaire le sont pour l'évaluation et la vérification de l'admissibilité à l'assurance-santé de l'Ontario ou aux programmes s'y rattachant, pour la planification des services de santé et les recherches, ainsi que pour l'administration de la Loi sur l'assurance-santé et de la Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario. Ces renseignements sont recueillis et utilisés à ces fins conformément à la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé, L.O. 2004, art. 36, la Loi sur l'assurance-santé, L.R.O. 1990, chap. H 6, par. 2 (3) et 4.1 (1) et (2), et à la Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario, L.R.O. 1990, chap. 10, par. 13 (1) et (2). Ces renseignements peuvent être utilisés et divulgués conformément aux dispositions de la Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé, selon les modalités prévues par la Déclaration concernant les pratiques en matière d'information du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, qu'on peut consulter sur le site www.health.gov.on.ca. Pour obtenir plus de précisions sur la collecte de ces renseignements, veuillez composer le 1 800 268-1154 ou écrire au directeur de l'inscription et des demandes de règlement, C.P. 48, Kingston ON K7L 5J3.

Veuillez lire les instructions avant de remplir le formulaire. Écrire en lettres moulées à l'encre bleue ou noire.

Réservé aux microfilms

A. Renseignements personnels – Veuillez remplir au complet

Numéro de carte Santé		Version	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Date de naissance aaaa mm jj		
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 (Premières nations)		<input type="checkbox"/> Résident permanent	
				<input type="checkbox"/> Réfugié(e) au sens de la Convention		<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :	

D. Séjour temporaire en dehors de l'Ontario – Voir les instructions concernant les documents à fournir

Date de départ aaaa mm jj		Date de retour prévue aaaa mm jj		N° de tél. d'une personne contact (si disponible) ()		
Raison de l'absence en dehors de l'Ontario <input type="checkbox"/> études à plein temps <input type="checkbox"/> autre (préciser) :						
Raison de l'absence en dehors du Canada <input type="checkbox"/> études à plein temps <input type="checkbox"/> emploi <input type="checkbox"/> vacances <input type="checkbox"/> œuvre missionnaire <input type="checkbox"/> autre (préciser) :						

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				Date d'entrée en vigueur aaaa mm jj		
<input type="checkbox"/> départ permanent du Canada <input type="checkbox"/> autre (précisez) :						
Nom de la personne signalant l'annulation		Relation		Signature X		

G. Entente

Je confirme que :

- mon domicile principal permanent est et continuera d'être en Ontario.
- pour continuer à bénéficier de l'assurance-santé, je serai présent en personne en Ontario pendant au moins 153 jours au cours de toute période de 12 mois, sauf exception permise par l'assurance-santé.
- les renseignements que j'ai fournis dans ce formulaire et qui sont dans les documents que j'ai fournis sont véridiques et exacts.

Je comprends que :

- je dois informer le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de tout changement de nom, d'adresse ou de statut de citoyen(ne) dans les 30 jours suivants.
- fournir sciemment de faux renseignements dans ce formulaire ou en rapport avec celui-ci constitue une infraction.

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
--	--	--	--	------