

Instructions

Please be sure to have all supporting documents with you.

Veillez vous assurer d'apporter tous les documents exigés.

A. Personal information

All applicants must complete this section.

If your mailing address is a P.O. Box, Rural Route, or General Delivery, then you must provide your civic address in the residence address section. You will be asked to provide a document that proves your primary place of residence is in Ontario. Please refer to the *Ontario Health Insurance Coverage Document List* for acceptable documents that can be presented for residency.

A. Renseignements personnels

Tous les auteurs d'une demande doivent remplir cette section.

Si votre adresse postale est une case postale, une route rurale ou la poste restante, vous devez fournir votre adresse municipale dans la section Adresse résidentielle. On vous demandera de fournir un document prouvant que votre résidence principale est en Ontario. Veuillez vous reporter à la *Liste de documents pour l'Assurance-santé de l'Ontario* qui sont acceptés afin de prouver votre lieu de résidence.

B. New or Returning Residents of Ontario

If you are new to Ontario or you are returning from an absence from Ontario, complete this section.

B. Résidents(e) qui arrivent ou reviennent en Ontario

Si vous arrivez en Ontario ou que vous revenez en Ontario après vous en être absenté(e), remplissez cette section.

C. Citizenship / Immigration Status

All applicants must indicate their citizenship / immigration status.

If you are *new*, or *returning* to Ontario, you will be asked to show a document proving your citizenship / immigration status in Canada. Please refer to the *Ontario Health Insurance Coverage Document List* for acceptable documents that can be presented for evidence of citizenship or immigration status.

C. Citoyenneté ou statut d'immigrant

Tous les auteurs d'une demande doivent indiquer s'ils ont la citoyenneté canadienne ou quel est leur statut d'immigrant.

Si vous *arrivez* ou que vous *revenez* en Ontario, on vous demandera de produire un document prouvant que vous avez la citoyenneté canadienne ou votre statut d'immigrant. Veuillez vous reporter à la *Liste de documents pour l'Assurance-santé de l'Ontario* qui sont acceptés afin de prouver votre citoyenneté ou votre statut d'immigrant.

If you are *renewing* your photo Health Card and your immigration status has changed since the issuance of your photo Health Card, you must bring in your current citizenship/immigration status document.

Si vous *renouvelez* votre carte Santé avec photo et que votre statut d'immigrant a changé depuis que vous avez obtenu votre carte Santé avec photo, vous devez apporter le document qui prouve la citoyenneté et/ou le statut d'immigrant que vous avez actuellement.

D. Agreement

If you are over the age of 16 you must read and sign this section. Your photograph will be taken and will appear on your Health Card. A parent or legal guardian may sign for applicants under the age of 16 years.

D. Entente

Si vous avez plus de 16 ans, vous devez lire et signer cette section. On prendra votre photo pour votre carte Santé. Votre père, votre mère ou votre tuteur légal pourra signer si vous avez moins de 16 ans.

Note: Health Cards for children under 15 1/2 years of age:

a) Children under 15 1/2 years of age will not have a photograph taken therefore they do not need to be present to be registered. A parent or legal guardian should bring the child's original documents and this form to a ServiceOntario / Health Card Services (OHIP) Office.

Nota : carte Santé pour les enfants de moins de 15 ans et demi :

a) Dans le cas des enfants de moins de 15 ans et demi, une photo ne sera pas prise; par conséquent il ne sera pas nécessaire que l'enfant soit présent pour son inscription. Le parent ou le tuteur légal doit apporter l'original des papiers de l'enfant et ce formulaire au bureau de ServiceOntario / des services de la carte Santé.

b) If you have a child who will be turning 16 within the next 6 months, he/she can obtain a photo Health Card and will need to apply in person.

b) Si vous avez un enfant qui atteindra l'âge de 16 ans au cours des six prochains mois, cet enfant peut obtenir une carte Santé avec photo, mais il devra présenter sa demande en personne.



If you are new or returning to Ontario, complete sections A, B, C and D. If you are renewing your photo Health Card, complete sections A and D.

Refer to the Ontario Health Insurance Coverage Document List for the list of documents you will need to present with your application. PRINT and use a blue or black pen.

Facility Use Only table with columns for Number and Reference Number.

A. Personal information

Form A: Personal information. Fields include Last name, First name, Middle name, Sex, Date of birth, Official language preference, Home telephone no., Work or other telephone no., Mailing address, Residence address, etc.

B. New or returning residents of Ontario

Form B: New or returning residents of Ontario. Fields include Where did you move from?, Province/State, Country, When did you arrive to Ontario?, etc.

C. Citizenship or Immigration status

Form C: Citizenship or Immigration status. Fields include Canadian, First Nations, Permanent Resident, etc.

D. Agreement

Form D: Agreement. I confirm that: I make and intend to continue making Ontario my primary place of residence. I understand that: If there is a change in my name, address, citizenship or immigration status, I will tell the Ministry of Health and Long-Term Care...

Signature of [] applicant [] legal guardian [] parent [] power of attorney X Date

Collection of the personal health information on this form is for assessment and verification of eligibility for Ontario health insurance coverage, or related programs, health planning and research, and the administration of the Health Insurance Act and Ontario Drug Benefit Act.

Table with columns: Ministry Use Only, Health Number, Version Code, Processing Clerk, Name on document, Cit type, Effective date, End date, Document type, Issued by, Document no., Client ID, Document type, Document source, Ident., Document type, Document source, Organ donor, Exemptions.

Inscription à l'Assurance-santé de l'Ontario

Si vous **arrivez ou revenez** en Ontario, remplissez les sections A, B, C et D.
Si vous **renouvelez** votre carte Santé avec photo, remplissez les sections A et D.

Veillez vous reporter à la **Liste des documents** pour savoir ce que vous devrez produire avec votre demande.

Veillez ÉCRIRE en lettres moulées à l'encre bleue ou noire.

Réservé à l'établissement

Numéro	N° de référence

A. Renseignements personnels

Nom de famille		Prénom		Deuxième prénom		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Date de naissance aaaa mm jj		Langue officielle de préférence <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> français		Avez-vous déjà eu un numéro d'Assurance-santé de l'Ontario? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Dans l'affirmative, quel était ce numéro?	
Numéro de téléphone à votre domicile ()				Numéro de téléphone au travail ou ailleurs () poste			
Adresse postale		Appartement		Numéro et rue ou numéro de case postale, R.R., poste restante			
Ville		Province		Code postal		Pays	
Adresse du domicile (si différente de l'adresse mentionnée ci-dessus)		Appartement		Numéro et nom de rue, ou lot, concession et canton			
Ville		Province ON		Code postal		Pays CANADA	
						Date du déménagement à cette adresse aaaa mm jj	

B. Résident(e)s qui arrivent ou reviennent en Ontario

Où habitez-vous avant de déménager? (Numéro d'appartement, numéro et nom de rue)				Ville			
Province/État				Pays		Quand avez-vous quitté l'adresse ci-dessus? aaaa mm jj	
Quand êtes-vous arrivé(e) en Ontario? aaaa mm jj		Quand êtes-vous devenu(e) résident(e) permanent(e) en Ontario? aaaa mm jj		Pendant combien de temps avez-vous l'intention d'habiter en Ontario? <input type="checkbox"/> en permanence <input type="checkbox"/> de façon temporaire			
Si vous habitez ailleurs au Canada, étiez-vous couvert(e) par un régime de santé gouvernement? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				Dans l'affirmative, quel était votre numéro de régime de santé?			
Êtes-vous un(e) Canadien(ne) de retour au Canada? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Êtes-vous un(e) immigrant(e) de retour au Canada? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Êtes-vous un(e) immigrant(e) nouvellement arrivé(e)? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Avez-vous récemment quitté les Forces canadiennes ou la GRC? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui (date de votre départ) aaaa / mm / jj		Avez-vous récemment quitté un pénitencier fédéral? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui (date de votre libération) aaaa / mm / jj		Êtes-vous étudiant(e)? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Êtes-vous un(e) conjoint(e) ou une personne à charge d'un membre de la Force régulière des Forces canadiennes? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Êtes-vous un(e) réserviste de retour d'une affectation à l'étranger? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui (Date de retour) aaaa / mm / jj		Êtes-vous un(e) conjoint(e) ou une personne à charge d'un(e) réserviste actuellement déployé(e) en service actif par les Forces canadiennes? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			

C. Citoyenneté ou statut d'immigrant

Canadian
 Premières nations
 Résident(e) permanent(e)
 Réfugié(e) au sens de la Convention/Personne protégée
 Autre (précisez) _____

D. Entente

Je confirme que :

- L'Ontario est et continuera d'être mon lieu de résidence habituel.
- Je serai physiquement présent(e) en Ontario pendant au moins cinq mois (153 jours) au cours de toute période de 12 mois.
- Je ne m'absenterai pas de l'Ontario pendant plus de 30 jours au cours des 183 premiers jours suivant la date immédiate à laquelle ma résidence en Ontario sera établie, à moins d'être considéré(e) par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée comme : travailleur/travailleuse mobile ou étudiant(e) mobile, réserviste de retour d'une affectation à l'étranger, conjoint(e) ou personne à charge d'un membre de la Force régulière des Forces canadiennes, conjoint(e) ou personne à charge d'un(e) réserviste actuellement déployé(e) en service actif par les Forces canadiennes.
- Les renseignements que j'ai fournis dans la présente demande et dans les documents exigés sont véridiques et exacts.

Je comprends que :

- Si je change de nom, d'adresse, de citoyenneté ou de statut d'immigrant(e), j'en informerai le ministère de la Santé et des Soins de longue durée ou son agent, ServiceOntario, dans les 30 jours.
- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée ou son agent, ServiceOntario, peuvent vérifier mon statut de résident(e) ainsi que tous les renseignements indiqués dans ce formulaire et les documents que j'ai fournis.
- 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.
- Le fait de fournir sciemment des renseignements erronés dans la présente demande constitue une infraction.

Signature			Date
<input type="checkbox"/> Auteur de la demande	<input type="checkbox"/> Tuteur ou tutrice légal		
<input type="checkbox"/> Père ou mère	<input type="checkbox"/> Mandataire d'une procuration	<input checked="" type="checkbox"/>	

Les renseignements personnels sur la santé fournis dans le présent formulaire sont réunis aux fins d'évaluation et de vérification de l'admissibilité à l'Assurance-santé ou à des programmes connexes, de planification et de recherche en matière de santé, et d'administration de la Loi sur l'assurance-santé et de la Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario. Ces renseignements sont réunis et utilisés en vertu de la Loi de 2004 sur les renseignements personnels sur la santé, L.R.O. 2004, art. 36, la Loi sur l'assurance-santé, L.R.O. 1990, chap. H, 6, art. 62(5) et 4.1 (1) et (2), et de la Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario, L.R.O. 1990, c.O. 10, art. 13 (1) et (2). Les renseignements réunis peuvent être utilisés et divulgués en vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé, tels que stipulés dans l'« Énoncé des pratiques touchant l'information du ministère de la Santé et des Soins de longue durée », qui se trouve dans le site Web www.health.gov.on.ca. Je comprends que je peux refuser de consentir à fournir ces renseignements, mais que cela peut avoir des conséquences sur la couverture de mon Assurance-santé. Pour obtenir des précisions sur les pratiques en matière de cueillette de renseignements, veuillez composer le 1 800 268-1154 ou écrire au directeur, Direction de l'inscription et des demandes de règlement, 4^e étage, 49, place d'Armes, Kingston ON K7L 5J3.