

PO Box 3000
126 Douses Road, Montague
Prince Edward Island, C0A 1R0 Canada
Telephone: (902) 838-0900 / 1-800-321-5492

C.P. 3000
126, chemin Douses, Montague
Île-du-Prince-Édouard, C0A 1R0 Canada
Téléphone : (902) 838-0900 / 1-800-321-5492

Please print all information clearly.
Complete in full and return to above address.

Prrière d'crire clairement en lettres moulées.
Veuillez remplir en entier et renvoyer à l'adresse ci-dessus.

For Office Use Only • À usage interne seulement	Document No. • Document n°			Household No. • Ménage n°		
	Date eligible • Date d'admissibilité			Status • Statut		
	Date entered • Date de saisie			Entered by • Saisi par		
	Date approved • Date d'approbation			Approved by • Approuvé par		
	Day • Jour Month • Mois Yr. • Année			Day • Jour Month • Mois Yr. • Année		

Name (surname, first name, initials) • Nom (nom, prénom, initiales)

Birth Date • Date de naissance	Sex (M/F) • Sexe (M/F)	Country and Province of Birth Pays et province de naissance	Personal Health Number Numéro de la carte santé
Day • Jour Month • Mois Yr. • Année			
Mailing Address • Adresse postale		City/Town • Ville	
Postal Code • Code postal	Telephone No. • Téléphone		
	Home • Maison ()	Work • Travail ()	
Spouse (surname, first name, initials) • Conjoint(e) (nom, prénom, initiales)			
Birth Date • Date de naissance	Sex (M/F) • Sexe (M/F)	Country and Province of Birth Pays et province de naissance	Personal Health Number Numéro de la carte santé
Day • Jour Month • Mois Yr. • Année			
1. Dependant (surname, first name, initials) • Personne à charge (nom, prénom, initiales)			
Birth Date • Date de naissance	Sex (M/F) • Sexe (M/F)	Country and Province of Birth Pays et province de naissance	Personal Health Number Numéro de la carte santé
Day • Jour Month • Mois Yr. • Année			
2. Dependant (surname, first name, initials) • Personne à charge (nom, prénom, initiales)			
Birth Date • Date de naissance	Sex (M/F) • Sexe (M/F)	Country and Province of Birth Pays et province de naissance	Personal Health Number Numéro de la carte santé
Day • Jour Month • Mois Yr. • Année			
3. Dependant (surname, first name, initials) • Personne à charge (nom, prénom, initiales)			
Birth Date • Date de naissance	Sex (M/F) • Sexe (M/F)	Country and Province of Birth Pays et province de naissance	Personal Health Number Numéro de la carte santé
Day • Jour Month • Mois Yr. • Année			
4. Dependant (surname, first name, initials) • Personne à charge (nom, prénom, initiales)			
Birth Date • Date de naissance	Sex (M/F) • Sexe (M/F)	Country and Province of Birth Pays et province de naissance	Personal Health Number Numéro de la carte santé
Day • Jour Month • Mois Yr. • Année			

Residential Status • Résidence			
☐ New Resident Nouveau résident	☐ Returning Resident Résident de retour	☐ R.C.M.P., Armed Forces, Penitentiary G.R.C., Forces armées, établissement pénitentiaire	Day • Jour Month • Mois Yr. •
(Please indicate release date if any of the above apply • Veuillez indiquer la date de libération, le cas échéant)			
Province/Country of last residence • Dernier lieu de résidence (province ou pays)			
Mailing Address • Adresse postale	City/Town • Ville	Country • Pays	Postal Code Code postal
Former Provincial Health Care No. (if applicable) • Ancien numéro de la carte santé provinciale (le cas échéant)			
Reason for coming to Prince Edward Island • Raison de la venue à l'Île-du-Prince-Édouard			
☐ Internship Stage	☐ Student Études	☐ Employment Emploi	☐ Other Autre
(Please specify • Veuillez préciser)			
Length of stay on Prince Edward Island • Installation à l'Île-du-Prince-Édouard			
Permanent • Permanente ☐	Temporary • Temporaire ☐		
Date of arrival on Prince Edward Island • Date d'arrivée à l'Île-du-Prince-Édouard		Day • Jour Month • Mois Yr. • Année	

Citizenship Status (must attach copy of immigration record or proof of Canadian citizenship before applications may be processed) Citoyenneté (La demande ne sera traitée que sur la foi des dossiers de l'Immigration ou d'une preuve de citoyenneté canadienne.)	
☐ Canadian Citizen Citoyen canadien	☐ Working Visa Visa d'emploi
☐ Landed Immigrant Résident permanent	☐ Canadian citizen returning from another country Citoyen canadien de retour de l'étranger
☐ Other Autre	
(Please specify • Veuillez préciser)	
I hereby authorize the details of this application may be discussed with the Federal Department of Employment and Immigration Canada. J'autorise par la présente la discussion des détails de la présente demande avec le ministère fédéral de la Citoyenneté et de l'Immigration.	
Signature _____	

Declaration • Déclaration	
I hereby state that I am legally entitled to remain in Canada, I am permanently residing and making my home in Prince Edward Island and I understand that it is an offence to give false information in this application. Je déclare par la présente que je suis légalement autorisé à demeurer au Canada, que je réside en permanence à l'Île-du-Prince-Édouard et que je comprends que de fournir des renseignements faux dans la présente demande équivaut à commettre une infraction.	
Signature _____	Day • Jour Month • Mois Yr. • Année

Personal information on this form is collected under Section 8 (Registration of Entitled Persons) of Prince Edward Island's Health Services Payment Act (Regulations) and will be used to ensure a resident's entitlement in respect to basic health services. If you require additional information, please contact Medicare Services, 126 Douses Road, Montague, PE C0A 1R0, 1-800-321-5492. • Les renseignements personnels apparaissant sur le présent formulaire sont recueillis en vertu de l'article 8 (Inscription des personnes autorisées) de la Health Services Payment Act de l'Île-du-Prince-Édouard et de ses règlements, et ils seront utilisés pour assurer le droit d'un résident aux services de santé de base. Si vous avez besoin de renseignements supplémentaires, veuillez communiquer avec Medicare Services, 126, chemin Douses, Montague (Î.-P.-É.) C0A 1R0, 1-800-321-5492.