

Microfilm use only / Réserve aux microfilms	
Health Number / Numéro de carte Santé	Version

Ministry Use Only / Réserve au ministère

Interdisciplinary Health Provider (IHP) Health Number Release Demande de divulgation du numéro de carte Santé au fournisseur interdisciplinaire de soins de santé

This form may be submitted to the Ministry of Health and Long-Term Care when the Health Number of a patient is not available.
Le présent formulaire peut être envoyé au ministère de la Santé et des Soins de longue durée lorsqu'il n'est pas possible d'obtenir le numéro de carte Santé d'un patient ou d'une patiente.

1. Patient / Patiente

A. General Information / Renseignements généraux

Last Name / Nom de famille		First Name / Prénom	
Middle Name / Deuxième prénom	Sex / Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date of Birth / Date de naissance year / année month / mois day / jour	
If an alternate last name is known, please provide / Si vous avez un deuxième nom de famille, inscrivez-le-ici			

B. Health Number Disclosure / Divulgation du numéro de carte Santé

I agree to allow the health care provider/facility listed below to submit the information on this form to the Ministry of Health and Long-Term Care (MOHLTC).

J'autorise le fournisseur ou l'établissement de soins de santé indiqué ci-après à communiquer, au ministère de la Santé et des Soins de longue durée, les renseignements donnés sur le présent formulaire.

I further agree to allow the MOHLTC to release my health card number to the health care provider/facility listed below so that the health care provider/facility can use my health card number to fulfill its reporting and accountability requirements with the MOHLTC.

J'autorise en outre le ministère à divulguer au fournisseur ou à l'établissement de soins de santé indiqué ci-après le numéro de ma carte Santé pour qu'il puisse s'en servir afin de remplir ses obligations de reddition de comptes au ministère.

If I choose not to provide my consent to this disclosure, it will not impact my access to services by the health care provider/facility listed below.

Si je choisis de ne pas autoriser la divulgation de ce numéro, cela n'aura pas d'incidence sur mon accès aux services du fournisseur ou de l'établissement de soins de santé indiqué ci-après.

The Ministry of Health and Long-Term Care's collection of the information on this form is necessary for the proper administration of the Primary Care Nurse Practitioner Program and Family Health Teams initiatives. The information will be used to assess, verify and monitor eligibility for payment and conduct program evaluations. For information about this collection, call 1 866 766-0266, in Toronto 416 325-3575, or write to the Director, Primary Health Care Branch, 80 Queen Street, 3rd Floor, Kingston ON K7K 6W7.
Les renseignements recueillis par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée dans le présent formulaire sont nécessaires pour l'administration du Programme des infirmières praticiennes en soins primaires et des équipes de santé familiale. Ils serviront à évaluer, à vérifier et à contrôler l'admissibilité aux paiements et à procéder à l'évaluation des programmes. Pour en savoir plus sur la collecte des renseignements, composez le 1 866 766-0266 ou, dans la région de Toronto, le 416 325-3575 ou encore écrivez au directeur des Soins primaires, au 80, rue Queen, 3^e étage, Kingston ON K7K 6W7.

Signature <input type="checkbox"/> of applicant / du requérant <input type="checkbox"/> of parent / du père ou de la mère	<input type="checkbox"/> of legal guardian / du tuteur légal <input type="checkbox"/> of power of attorney / du mandataire d'une procuration	X	Date
Home Phone Number / Téléphone (domicile) ()		Business Phone Number / Téléphone (bureau) ()	

A parent or guardian may sign for a child under 16 years of age. An attorney under continuing power of attorney, an attorney under power of personal care, or a legal guardian may also sign on behalf of an individual of any age.

Le père, la mère ou un tuteur peut signer pour un enfant de moins de 16 ans. Le mandataire d'une procuration perpétuelle ou d'une procuration relative aux soins de la personne ou un tuteur légal peut aussi signer pour une autre personne de n'importe quel âge.

2. Provider/Facility / Fournisseur ou établissement

Provider No./N° du fournisseur	Provider's Phone Number N° de téléphone du fournisseur () -	Facility No./N° de l'établissement	Facility Phone Number N° de téléphone de l'établissement () -
--------------------------------	--	------------------------------------	--

The Health Number of the patient will be returned to the provider/facility listed here.

Le numéro de carte Santé du patient ou de la patiente sera transmis au fournisseur ou à l'établissement de soins de santé dont le nom figure ci-dessus.

Date of service / Date de prestation du service year / année month / mois day / jour

Provider/Facility Name and Address
Nom et adresse du fournisseur ou de l'établissement

--

Ministry Use Only / Réserve au ministère	
Date received	
Date processed	Processed by