

Health Card Re-Registration Réinscription pour obtenir la carte Santé

Health Number / N° de carte Santé

Audit ID / N° de vérification

Last name, first name, middle name and mailing address Nom de famille, prénom, deuxième prénom et adresse postale		Mailing address changes / Nouvelle adresse postale	
Residential address / Adresse domiciliaire		Residential address changes / Nouvelle adresse domiciliaire	
Date of birth / Date de naissance YYYYAAAA MMMM DDJJ	Official language preference / Langue officielle de préférence	Sex / Sexe	

I confirm that:

- I make and intend to continue making Ontario my primary place of residence.
- I will be physically present in Ontario for at least 153 days in any twelve-month period to retain my OHIP coverage.
- The information I have provided on this form, and in the documents I have provided, is true and accurate.

I understand that:

- If there is any change in my name, address, citizenship or immigration status, I will inform the Ministry of Health and Long-Term Care or its agent, ServiceOntario, within 30 days.
- It is an offence to knowingly provide false information in, or in relation to, this application.

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 153 jours au cours de toute période donnée de 12 mois pour demeurer admissible à l'Assurance-santé.
- Les renseignements que j'ai fournis sur la présente formule et dans les documents exigés sont véridiques et exacts.

Je comprends que :

- En cas de changement à mon nom, mon adresse, ma citoyenneté ou mon statut d'immigrant, j'aviserai dans les 30 jours le ministère de la Santé et des Soins de longue durée ou son agent, ServiceOntario.
- Le fait de fournir sciemment des renseignements erronés dans ma demande ou relativement à ma demande constitue une infraction.

Name / Nom (<i>please print / en lettres moulées</i>)	Telephone (home) / Téléphone (maison) ()	Work or other telephone no. N° de téléphone au travail ou ailleurs ()
Signature of / Signature ___ applicant / de l'auteur de la demande ___ parent / du père ou de la mère ___ guardian / du tuteur ou de la tutrice ___ power of attorney / du mandataire d'une procuration		Date

X

This information may be verified using information from government and non-government organizations as permitted by law. The Ministry of Health and Long-Term Care and/or its agent ServiceOntario may verify your residence status and any information you have given on this form and in the documents you have provided.

Ces renseignements peuvent être vérifiés à l'aide de renseignements provenant du gouvernement et d'organismes non gouvernementaux si la loi l'autorise. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée ou son agent, ServiceOntario peut vérifier votre résidence actuelle et les renseignements fournis sur la présente formule et dans les documents exigés.

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*. The authority for the collection and use of this information is found in the *Personal Health Information Protection Act*, S.O. 2004, s.36, the *Health Insurance Act*, R.S.O.1990, c. H.6, s. 2(3) and 4.1(1) and (2) and the *Ontario Drug Benefit Act*, R.S.O. 1990, C.O. 10, s.13 (1) and (2). The information may be used and disclosed in accordance with the *Personal Health Information Protection Act* as set out by the "Ministry of Health and Long-Term Care Statement of Information Practices" which may be accessed at www.health.gov.on.ca. I understand that I may withhold consent to the collection of this information, however this may interfere with the provision of my Ontario health insurance coverage. For information about collection practices, call 1 800 268-1154 or write to the Director, Registration and Claims Branch, PO Box 48, Kingston ON K7L 5J3.

Les renseignements personnels demandés dans la présente formule sont recueillis aux fins de l'évaluation et de la vérification de l'admissibilité à l'Assurance-santé de l'Ontario, des programmes qui y sont reliés, de la planification des services de santé et de la recherche ainsi que de 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 en vertu de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* L.O. 2004, art. 36, de la *Loi sur l'assurance-santé*, L.R.O. 1990, chap. H.6, par. 2 (3) et 4.1 (1) et (2) et de 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 de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, tel qu'énoncé dans la *Déclaration concernant les pratiques en matière d'information du ministère de la Santé et des Soins de longue durée*, que l'on peut consulter dans le site www.health.gov.on.ca. Je comprends que je peux refuser de consentir à la cueillette de ces renseignements. Cependant, cela peut entraver ma protection d'Assurance-santé de l'Ontario. 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, CP 48, Kingston ON K7L 5J3.

Ministry use only / Réserve au ministère		Health Number	Version code	Date	P. Clerk number	Initials
Cit.	Name on document		Cit type	Effective date	End date	
	Document type	Issued by	Document no.		Client ID	
Res	Document type	Document source	id	Document type	Document source	Organ donor
						Exemptions ___ A ___ P ___ S

Health Card Re-Registration

Read the instructions before completing this form.

- ✓ A separate form is needed for each person who is changing from a red and white health card to a photo health card.
- ✓ Complete and sign the form.
 - ◆ If your mailing address is different from your residential (physical) address, please complete both the mailing and residential address sections of the form.

e.g.

Mailing Address:
RR1, London ON N0N 1N0

Residential Address:
195 Anywhere St., London ON N0P 1P2

- ✓ Don't forget to sign the form.
- ✓ Take the completed form with you to a **ServiceOntario Health Card Services – OHIP office**.
 - ◆ Health Card Services – OHIP locations may be found on the ServiceOntario website or by calling the Health Card Information System.
 - ◆ If none of these offices are convenient for you, please call ServiceOntario at 1 888 376–5197 and inquire about Outreach services for smaller communities. For teletypewriter (TTY) service, call 1 800 387–5559.
- ✓ Also take an **original** document from each of the 3 lists on the **Ontario Health Coverage Document List**.

If you do not have an **original** document from each list, **obtain them before** you visit a Health Card Services – OHIP office. Please note that a document used for one list may not be used for another list; three separate documents are required.

For additional information visit
www.ServiceOntario.ca **or**
www.health.gov.on.ca

OR
Call the Health Card Information System at
1 800 664–8988

Réinscription pour obtenir la carte Santé

Veillez lire les instructions suivantes avant de remplir cette formule.

- ✓ Chaque personne remplaçant sa carte Santé rouge et blanche par une carte Santé avec photo doit remplir une formule.
- ✓ Remplissez et signez la formule.
 - ◆ Si votre adresse postale est différente de votre adresse domiciliaire (physique), veuillez remplir les deux espaces réservés à ces adresses dans la formule.

Exemple.

Adresse postale :
RR1, London ON N0N 1N0

Adresse domiciliaire :
195 rue anywhere, London ON N0P 1P2

- ✓ N'oubliez pas de signer la formule.
- ✓ Présentez la formule dûment remplie à un **bureau de l'Assurance-santé – Services de la carte Santé de ServiceOntario**.
 - ◆ Vous trouverez l'adresse des bureaux de l'Assurance-santé – Services de la carte Santé dans le site Web de ServiceOntario, ou en appelant le Système d'information sur la carte Santé.
 - ◆ Si les bureaux indiqués ne vous conviennent pas, veuillez appeler ServiceOntario au 1 888 376–5197 et vous renseigner sur les services itinérants offerts dans les petites localités. Pour obtenir le service ATS, composez le 1 800 387–5559.
- ✓ Vous devez également apporter un document **original** indiqué sur chacune des 3 listes qui se trouvent dans la **Liste de documents pour l'Assurance-santé de l'Ontario**.

S'il vous manque un document **original** de l'une des 3 listes, **veuillez l'obtenir avant** de vous rendre au bureau de l'Assurance-santé – Services de la carte Santé. Sachez qu'un document d'une liste ne peut pas remplacer celui d'une autre liste. Vous devez remettre trois documents distincts.

Pour en savoir plus, visitez :
www.ServiceOntario.ca **ou**
www.health.gov.on.ca

OU
Appelez le Système d'information sur la carte Santé au
1 800 664–8988