

Travailleurs agricoles saisonniers Inscription à l'Assurance-santé de l'Ontario

Ce formulaire ne doit être rempli que pour l'inscription de travailleurs agricoles migrants dans le cadre du Programme des travailleurs agricoles saisonniers. Veuillez le remplir et l'imprimer, ou encore l'imprimer et le remplir à l'aide d'un stylo bleu ou noir.

Section A - Renseignements personnels

Nom de famille		Prénom		Initiale du deuxième prénom	
Date de naissance (année/mois/jour)		Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Avez-vous déjà eu un numéro d'Assurance-santé de l'Ontario? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Numéro de téléphone à domicile ()		Numéro de téléphone au travail () poste _____			

Section B - Adresse postale de la ferme

Numéro et nom ou numéro de case postale, R.R., poste restante			
Ville	Province ON	Code postal	Pays Canada

Section C - Adresse du domicile de la ferme (si différente de l'adresse postale)

Numéro et nom ou numéro de case postale, R.R., poste restante			
Ville	Province ON	Code postal	Pays Canada

Section D - Consentement

J'affirme et reconnais que :

- le ministère de la Santé et des Soins de longue durée ou son mandataire, ServiceOntario, peut vouloir confirmer mon statut de résident et toute autre information figurant dans ce formulaire et dans les documents que j'ai fournis.
- dans le cadre de cette démarche, il est possible que mes renseignements soient transmis à des organismes publics ou privés, ou divulgués par eux, dans les limites de la loi.
- ServiceOntario doit être avisé 30 jours à l'avance de tout changement de nom, d'adresse, de nationalité ou de statut d'immigrant.
- tous les renseignements que j'ai donnés dans la présente demande et dans les documents que j'ai fournis sont exacts et véridiques.

Signature du demandeur	Date
------------------------	------

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, ainsi que d'administration de la *Loi sur l'assurance-santé* et de la *Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario*. Les renseignements réunis peuvent être utilisés et divulgués en vertu de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, et conformément à l'« Énoncé des pratiques touchant l'information du ministère de la Santé et des Soins de longue durée », qui se trouve sur le site 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 en savoir plus, veuillez appeler la ligne INFO de ServiceOntario, au 1-800-268-1154.

Ministry use only		Health Number		Version Code	Processing Clerk	
					Date	Number
					Initials	
Citizenship	Name on Document			Cit Type	Effective Date	End Date
				MFW		
	Document Type	Issue Date	End Date	Issued by	Document Number	Client I.D.
				CAN		