

# Instructions

**Please be sure to have all supporting documents with you.**

**Veillez vous assurer d'apporter tous les documents exigés.**

## A. Personal information

## A. Renseignements personnels

All applicants must complete this section.

Tous les auteurs d'une demande doivent remplir cette 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.

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

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

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

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

## C. Agreement

## C. Entente

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.

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:

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

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. Aparent or legal guardian should bring the child's original documents and this form to a ServiceOntario / Health Card Services (OHIP) Office.

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.



## Registration for Ontario Health Insurance Coverage

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

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

Microfilm use only

### Facility Use Only

Number	Reference Number
--------	------------------

### A. Personal Information

Last Name			First Name			Middle Name			Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female					
Date of Birth year   month   day			Official language preference? <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> French			Have you ever had an Ontario Health Number? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			If yes, what was the number?					
Home Telephone Number ( ) -				<input type="checkbox"/> No Telephone				Work or other Telephone Number ( ) - Extension -						
<b>Mailing Address</b>			Apartment			Street Number and Name, R.R., P.O. Box or General Delivery								
City			Province			Postal Code			Country					
<b>Residence Address (if different from above)</b>			Apartment			Street Number and Name, or lot, concession and township								
City			Province <b>ON</b>			Postal Code			Country <b>CANADA</b>			Date moved to this address year   month   day		

### B. Section to be completed only by new or returning residents

Where did you move from? (Apartment number, street number and name)						City											
Province/State						Country						When did you leave the above address? year   month   day					
When did you arrive to Ontario? year   month   day				When did you take up permanent residence in Ontario? year   month   day				How long do you plan to live in Ontario? <input type="checkbox"/> permanently <input type="checkbox"/> temporarily									
If you moved from another part of Canada, were you covered by a government health plan? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes						If yes, what was your health number?											
Are you a Canadian citizen returning to Canada? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes				Are you an immigrant returning to Canada? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes				Are you a new immigrant? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes									
Have you recently left the Canadian Forces? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (date of discharge) <u>yyyy / mm / dd</u>				Have you recently been released from a Federal penitentiary? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (date of release) <u>yyyy / mm / dd</u>													
Are you the spouse or dependant of a Regular Force member of the Canadian Forces? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes				Are you a reservist returning from an out-of-country posting? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (date of return) <u>yyyy / mm / dd</u>				Are you the spouse or dependant of a reservist currently deployed by the Canadian Forces into active service? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes									

### C. Agreement

#### 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 5 months (153 days) in any 12-month period.
- I must not be absent from Ontario for more than 30 days within the first 183 days immediately after establishing residency in Ontario unless I am considered by the Ministry of Health and Long-Term Care to be one of the following or I could lose my OHIP coverage: a Mobile Worker or a Mobile Student, a person who has moved to Ontario directly from another province or territory of Canada where I was insured under a publicly funded health care insurance plan, a Reservist returning from an out-of-country posting or the spouse and/or dependant of a Regular Force member of the Canadian Forces, or the spouse and/or dependant of a Reservist currently deployed by the Canadian Forces into active service.
- The information I have given in this application, 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 and/or its agent ServiceOntario within 30 days.
- The Ministry of Health and Long-Term Care and/or its agent ServiceOntario may check my residence status and any information I have given in this form and in the documents I have provided.
- For verification this information may be collected from, and disclosed to, government and non-government organizations, if the law allows it.
- It is an offence to knowingly provide false information in relation to this application.

Signature of <input type="checkbox"/> applicant <input type="checkbox"/> legal guardian	Date
<input type="checkbox"/> parent <input type="checkbox"/> power of attorney <b>X</b>	

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 the *Ontario Drug Benefit Act*. The information may be used and disclosed in accordance with the *Personal Health Information Protection Act*, 2004, and 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](http://www.health.gov.on.ca). I understand that I may withhold my consent to the collection of this information; but that in doing so may interfere with the provision of my Ontario health insurance coverage. For more information, please call ServiceOntario INFOLine at 1-800-268-1154.

Ministry Use Only / Réserve au Ministère		Health Number	Version Code	Date	P. Clerk Number	Initials
Res. Citizenship	Name on Document	Cit Type		Effective date	End date	
	Document Type	Issued by		Document Number		Client ID
Res.	Document Type	Document source	HL	Id.	Document Type	Document source
			HL	Organ donor	Exemptions <u>   </u> A <u>   </u> P <u>   </u> S	

## Inscription à l'Assurance-santé de l'Ontario

Si vous arrivez ou revenez en Ontario, remplissez les sections A, B et C.  
 Si vous renouvelez votre carte Santé avec photo, remplissez les sections A et C.  
 Veuillez vous reporter à la Liste de documents pour l'Assurance-santé de l'Ontario pour savoir ce que vous devez produire avec votre demande. **Veuillez écrire en lettres moulées à l'encre bleue ou noire.**

Réservé au microfilm

### Réservé à l'établissement

Numéro	N° de référence
--------	-----------------

### A. Renseignements personnels

Nom de famille		Prénom		Deuxième prénom		Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
Date de naissance année   mois   jour		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 domicile ( ) -		<input type="checkbox"/> Aucun n° de téléphone		Numéro de téléphone au travail ou autre ( ) -		Poste -	
Adresse postale Appartement		Numéro et nom de rue ou numéro de case postale, R.R., poste restante					
Ville		Province		Code postal		Pays	
Adresse domiciliaire (si différente de l'adresse postale) Appartement		Numéro et nom de rue ou numéro de case postale, R.R., poste restante					
Ville		Province <b>ON</b>		Code postal		Pays <b>CANADA</b>	
						Date du déménagement à cette adresse année   mois   jour	

### 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 êtes-vous arrivé(e) en Ontario? année   mois   jour				Quand êtes-vous devenu(e) résident(e) permanent(e) en Ontario? année   mois   jour			
Si vous habitez ailleurs au Canada, étiez-vous couvert(e) par un régime de santé du gouvernement? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui				Dans l'affirmative, quel était votre numéro de régime de santé?			
Étes-vous un(e) Canadien(ne) de retour au Canada? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		Étes-vous un(e) immigrant(e) de retour au Canada? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		Étes-vous un(e) immigrant(e) nouvellement arrivé(e)? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			
Avez-vous récemment quitté les Forces canadiennes? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (date de votre départ) <u>aaaa / mm / jj</u>				Avez-vous récemment été libéré(e) d'un pénitencier fédéral? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (date de votre libération) <u>aaaa / mm / jj</u>			
Étes-vous un(e) conjoint(e) ou une personne à charge d'un membre de la Force régulière des Forces canadiennes? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		Étes-vous un(e) réserviste de retour d'une affectation à l'étranger? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (date de retour) <u>aaaa / mm / jj</u>		Étes-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"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			

### C. 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 5 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, personne ayant déménagé en Ontario directement d'une autre province ou d'un autre territoire au Canada où j'étais couvert(e) par un régime public d'assurance-santé, 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 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 <input type="checkbox"/> Auteur de la demande <input type="checkbox"/> Tuteur ou tutrice légal	Date
<input type="checkbox"/> Père ou mère <input type="checkbox"/> Personne agissant par procuration <b>X</b>	

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. 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 comme le prévoit 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](http://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.