

Nota : Ces renseignements peuvent faire l'objet d'une vérification par le biais d'informations provenant d'organismes gouvernementaux ou non-gouvernementaux dans la mesure permise par la loi. Il se peut que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée vérifie votre statut résidentiel ainsi que tout renseignement que vous avez inclus dans ce formulaire et dans les documents que vous avez fournis.

Veuillez lire les instructions avant de remplir le formulaire.

- ✓ Veuillez remplir un formulaire distinct pour chaque membre de la famille.
- ✓ Il se peut que vous deviez vous rendre à un bureau de ServiceOntario / des services de la carte Santé pour signaler les changements que vous avez faits.
- ✓ Tous les documents à l'appui doivent être des ORIGINAUX. Les photocopies ne sont pas acceptées.
Voir la [liste des documents acceptables](#).
- ✓ N'oubliez pas de signer le formulaire.

Veuillez remplir ce formulaire pour :

- signaler un changement d'adresse **Section B**
- signaler un changement de nom ou changement /
correction de votre date de naissance ou de votre sexe **Section C**
- signaler un changement de statut d'immigrant(e) ou de citoyen(ne) **Section C**
- signaler un séjour hors de l'Ontario de plus de sept mois **Section D**
- demander une carte Santé de remplacement **Section E**
- annuler l'assurance-santé **Section F**

Pour savoir où se trouve le bureau de ServiceOntario / des services de la carte Santé le plus près de chez vous, composez le : 1 800 664-8988

À Toronto 416 327-7567

ATS 1 800 387-5559

Avez-vous besoin de plus d'information? Visitez nos sites Web à :

www.health.gov.on.ca

www.ServiceOntario.ca

Instructions

A. Renseignements personnels

Pour remplir cette section, veuillez inscrire le numéro de votre carte Santé et le code de 1 ou 2 lettres (le cas échéant) en prenant soin de suivre exactement la façon dont ils sont inscrits sur votre carte Santé.

B. Adresse

Veuillez indiquer votre adresse postale et votre adresse domiciliaire actuelles. Vous n'avez pas besoin de vous rendre à un bureau de ServiceOntario / des services de la carte Santé pour faire un changement d'adresse.

C. Nouveaux renseignements

Si vous apportez des corrections/changements à votre nom, sexe, date de naissance ou statut de citoyenneté/d'immigrant(e), vous devez vous rendre à un bureau de ServiceOntario / de services de la carte de Santé. Veuillez consulter la [Liste de documents pour l'assurance-santé de l'Ontario \(9998-82\)](#) car on vous demandera de fournir les **originaux** des documents à l'appui.

D. Exemptions temporaires des exigences de présence effective en Ontario

Veuillez remplir cette section si, conformément au Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé*, vous réunissez les conditions prescrites pour continuer à bénéficier de la couverture de l'Assurance-santé tout en étant absent de façon temporaire de l'Ontario pendant une période supérieure à 7 mois. Dans tous les cas, votre résidence habituelle doit se situer en Ontario. Il se peut qu'on vous demande de fournir les **originaux** de vos documents à l'appui.

Veuillez indiquer si vous voyagez au Canada ou à l'étranger. Veuillez noter que les explications ci-dessous ne sont que des descriptions générales. Le Règlement 552 (disponible uniquement en anglais) de la *Loi sur l'assurance santé* devrait être consulté pour prendre connaissance des exigences de réglementation et de celles qui font autorité dans les cas d'exemptions temporaires des exigences de présence effective en Ontario.

Au Canada – étudiants : si vous êtes étudiante ou étudiant à plein temps, il se peut que vous ayez droit à l'assurance-santé pendant la durée de vos études. Vous devez fournir une lettre **originale** de votre école confirmant votre inscription à plein temps ainsi que la durée prévue de votre programme.

Au Canada – autre : si vous voyagez ou travaillez à l'intérieur du Canada, vous pouvez vous absenter de l'Ontario pendant une année et continuer à bénéficier de votre couverture. Sauf les étudiants, les gens qui prévoient de passer plus d'un an d'autre part au Canada devraient faire une demande d'adhésion au régime d'assurance-santé de leur nouvelle province ou nouveau territoire de résidence.

À l'étranger – étudiants : si vous êtes étudiante ou étudiant à plein temps, il se peut que vous ayez droit à l'assurance-santé pendant la durée de vos études. Vous devez fournir une lettre **originale** de votre école confirmant votre inscription à plein temps ainsi que la durée prévue de votre programme.

À l'étranger – emploi : il se peut que vous ayez droit à l'assurance-santé pendant un maximum de cinq ans. Vous devez fournir une lettre **originale** de votre employeur confirmant votre embauche à plein temps ainsi que la durée prévue de votre emploi.

À l'étranger – Travailleur pour un organisme de bienfaisance : vous pouvez être admissible à l'Assurance-santé pendant un maximum de 5 ans. Vous devez fournir une lettre **originale** provenant de l'organisme caritatif confirmant que vous servez à plein temps durant votre affectation à l'étranger et indiquant la durée prévue de votre service.

À l'étranger – vacances / autre : vous pouvez être admissible à l'assurance-santé pendant un voyage, ou pour toute autre raison, pendant un maximum de 2 ans. Ceci peut faire l'objet de deux différentes exemptions de chacune 1 an ou d'une seule exemption de 2 ans.

E. Remplacement de la carte

Veuillez donner la raison du remplacement. Pour remplacer une carte Santé avec photo, contactez le ministère au 1 800 664-8988. (À Toronto, composez le 416 327-7567. Pour le service ATS, faites le 1 800 387-5559.) Pour remplacer une carte Santé rouge et blanc, présentez-vous à un bureau de ServiceOntario / des services de la carte Santé et réenregistrez-vous pour obtenir une carte Santé avec photo. Veuillez vous reporter à la [Liste des documents pour l'assurance-santé de l'Ontario \(9998-82\)](#) pour savoir lesquels vous pouvez présenter avec votre demande.

F. Annulation de l'assurance-santé

Veuillez utiliser cette section pour annuler l'assurance-santé :

- en raison d'un décès (*Veuillez fournir un certificat de décès*);
- si vous vous joignez aux Forces canadiennes ou à la GRC et n'avez plus besoin de couverture par l'Assurance-santé;
- par suite d'un départ permanent de l'Ontario ou du Canada;
- pour autre raison.

G. Entente

Veuillez lire l'entente avant de signer et de dater le formulaire.

Le père, la mère, le tuteur ou la tutrice d'un enfant de moins de 16 ans doit signer à la place de celui-ci. Une personne qui a obtenu une procuration peut signer pour la personne qu'elle représente.

Veuillez fournir la preuve de procuration.

Les renseignements personnels collectés sur ce formulaire le sont pour l'évaluation et la vérification de l'admissibilité à l'assurance-santé de l'Ontario ou aux programmes s'y rattachant, pour la planification des services de santé et les recherches, ainsi que pour 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 conformément à la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé, L.O. 2004, art. 36, la Loi sur l'assurance-santé, L.R.O. 1990, chap. H 6, par. 2 (3) et 4.1 (1) et (2), et à 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 sur la protection des renseignements personnels sur la santé, selon les modalités prévues par la Déclaration concernant les pratiques en matière d'information du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, qu'on peut consulter sur le site www.health.gov.on.ca. 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, 4^e étage, 49 Place d'Armes, Kingston ON K7L 5J3.

Veuillez lire les instructions avant de remplir le formulaire. Écrire en lettres moulées à l'encre bleue ou noire.

Réervé aux microfilms

A. Renseignements personnels – Veuillez remplir au complet

Numéro de carte Santé	Version	Sexe	Date de naissance
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	aaaa mm jj

Nom de famille	Prénom	Deuxième prénom
----------------	--------	-----------------

N° de téléphone à votre domicile ()	<input type="checkbox"/> pas de téléphone	N° de téléphone au travail ou ailleurs ()	poste _____
---	---	---	-------------

B. Adresse

Adresse postale	App. _____	Nº et rue, R.R., C.P., poste restante		
Ville	Province	Pays	Code postal	Date d'entrée en vigueur aaaa mm jj

Adresse du domicile (si différente de l'adresse ci-haut mentionnée)	App. _____	Nº et rue, lot, concession et canton		
	Ville	Province ON	Pays CANADA	Code postal
				Date d'entrée en vigueur aaaa mm jj

C. Nouveaux renseignements – Vous devez soumettre la documentation à l'appui pour tout changement dans cette section

Nom	Nom de famille		Prénom	Deuxième prénom
Date de naissance aaaa mm jj	Sexe	Date d'entrée en vigueur aaaa mm jj		
	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme			

Statut de citoyen(ne)	<input type="checkbox"/> Canadien(ne)	<input type="checkbox"/> Autochtone (Premières nations)	<input type="checkbox"/> Résident permanent	<input type="checkbox"/> Réfugié(e) au sens de la Convention	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
-----------------------	---------------------------------------	---	---	--	---

D. Exemptions temporaires des exigences de présence effective en Ontario – Voir les instructions concernant les documents à fournir

Date de départ aaaa mm jj	Date de retour prévue aaaa mm jj	Nº de tél. d'une personne-ressource (si disponible) ()
------------------------------	-------------------------------------	--

Motif de la présence hors de la province	<input type="checkbox"/> études à plein temps <input type="checkbox"/> autre (précisez) :
--	---

Motif de la présence à l'étranger	<input type="checkbox"/> études à plein temps <input type="checkbox"/> emploi <input type="checkbox"/> vacances <input type="checkbox"/> travailleur pour un organisme de bienfaisance <input type="checkbox"/> autre (précisez) :
-----------------------------------	--

Adresse postale en dehors de l'Ontario	App. _____	Nº et rue, R.R., C.P., poste restante		
--	------------	---------------------------------------	--	--

Ville	Province	Pays	Code postal
-------	----------	------	-------------

Adresse en Ontario	App. _____	Nº et rue, R.R., C.P., poste restante		
--------------------	------------	---------------------------------------	--	--

Ville	Province ON	Pays CANADA	Code postal
-------	-----------------------	-----------------------	-------------

E. Remplacement de la carte

Ma carte Santé est : perdue volée endommagée Je n'ai pas reçu ma carte Santé

F. Annulation de l'assurance-santé

Raison de l'annulation	<input type="checkbox"/> décès <input type="checkbox"/> enrôlement dans les Forces canadiennes/la GRC	<input type="checkbox"/> départ permanent de l'Ontario	Date d'entrée en vigueur aaaa mm jj
	<input type="checkbox"/> départ permanent du Canada <input type="checkbox"/> autre (précisez) :		

Nom de la personne signalant l'annulation	Relation	Signature
		X

G. Entente

Je confirme que :

- L'Ontario est et continuera d'être mon lieu de résidence habituel.
- Pour continuer à bénéficier de l'assurance-santé, je serai présent(e) en personne en Ontario pendant au moins 153 jours au cours de toute période de 12 mois, sauf exception permise par l'assurance-santé.
- Les renseignements que j'ai fournis dans ce formulaire et qui sont dans les documents que j'ai fournis sont véridiques et exacts.

Je comprehends 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.
- Fournir sciemment de faux renseignements dans ce formulaire ou en rapport avec celui-ci constitue une infraction.

Signature	<input type="checkbox"/> de l'auteur(e) de la demande <input type="checkbox"/> du tuteur ou de la tutrice	Date
	<input type="checkbox"/> du père ou de la mère <input type="checkbox"/> du/de la titulaire d'une procuration X	