

Instructions

Please be sure to have all supporting documents with you.

Veillez vous assurer d'apporter tous les documents exigés.

A. Personal information

All applicants must complete this 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 you reside permanently in Ontario. Please refer to *the Ontario Health Coverage Document List* for acceptable documents that can be presented for residency.

A. Renseignements personnels

Tous les auteurs d'une demande doivent remplir cette section.

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 vous résidez en Ontario de façon permanente. Veuillez vous reporter à la *Liste des documents* qui sont acceptés afin de prouver votre lieu de résidence.

B. New or Returning Residents of Ontario

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

B. Résidents qui arrivent ou reviennent en Ontario

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

C. Citizenship / Immigration Status

All applicants must indicate their citizenship / immigration status.

If you are *new*, or *returning* to Ontario, you will be asked to show a document proving your citizenship / immigration status in Canada. Please refer to *the Ontario Health Coverage Document List* for acceptable documents that can be presented for evidence of citizenship or immigration status.

If you are *renewing* your photo Health Card and your immigration status has changed since the issuance of your photo Health Card, you must bring in your current citizenship/immigration status document.

C. Citoyenneté ou statut d'immigrant

Tous les auteurs d'une demande doivent indiquer s'ils ont la citoyenneté canadienne ou quel est leur statut d'immigrant.

Si vous *arrivez* ou que vous *revenez* en Ontario, on vous demandera de produire un document prouvant que vous avez la citoyenneté canadienne ou votre statut d'immigrant. Veuillez vous reporter à la *Liste des documents* qui sont acceptés afin de prouver votre citoyenneté ou votre statut d'immigrant.

Si vous *renouvelez* votre carte Santé avec photo et que votre statut d'immigrant a changé depuis que vous avez obtenu votre carte Santé avec photo, vous devez apporter votre document à jour afin de prouver votre citoyenneté ou votre statut d'immigrant.

D. Agreement

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.

Note: Health Cards for children under 15 1/2 years of age:

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. A parent or legal guardian should bring the child's original documents and this form to any OHIP Office.

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.

D. Entente

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 devra signer si vous avez moins de 16 ans.

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

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. Un des parents ou le tuteur légal doit apporter les documents originaux de l'enfant et la présente formule au bureau de l'Assurance-santé.

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 Coverage

Microfilm use only

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

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.

A. Personal information

Last name		First name		Middle name		Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Date of birth yyyy mm dd		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 no. () () () ()				Work or other telephone no. () () () () ext.			
Mailing address		Apartment		Street number and name, or P.O. box number, R.R., General Delivery			
City		Province		Postal code		Country	
Residence address (if different from above)		Apartment		Street number and name, or lot, concession, and township			
City		Province ON		Postal code		Country CANADA	
						Date moved to this address yyyy mm dd	

B. New or returning residents of Ontario

Where did you move from? (Apartment number, street number and name)				City			
Province/State				Country			
				When did you leave the above address? yyyy mm dd			
When did you arrive to Ontario? yyyy mm dd		When did you take up permanent residence in Ontario? yyyy mm dd		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"/> yes <input type="checkbox"/> no				If yes, what was your health number?			
Are you a Canadian citizen returning to Canada? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no		Are you an immigrant returning to Canada? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no		Are you a new immigrant? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no			
Have you recently left the Canadian Forces, RCMP? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes (date of discharge) yyyy / mm / dd		Have you recently been released from a Federal penitentiary? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes (date of release) yyyy / mm / dd		Are you a student? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no			

C. Citizenship or Immigration status

Canadian Indian (under the Indian Act) Landed immigrant Convention refugee Other (specify) _____

D. Agreement

I confirm that:

- I make and intend to continue making my permanent and principal home in Ontario.
- I will be physically present in Ontario for at least 5 months (153 days) in the 12-month period immediately after this application.
- If I am a new applicant for health coverage in Canada or if I have had a break in health coverage in Canada, I must not be absent from Ontario for more than 30 days within the first 183 days immediately after this application.
- 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 a change in my name, address, citizenship or immigration status, the law requires that I tell the Ministry of Health and Long-Term Care within 30 days.
- The Ministry of Health and Long-Term Care may check my resident 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 or 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							

Collection of the personal information as described on this form is for determination of eligibility for health coverage, health planning and coordination, and administration of the Health Insurance Act and Ontario Drug Benefit Act. The authority for the collection and use of this information is the Health Insurance Act, R.S.O. 1990, c. H.6, s.4(2), 2(3) and 4.1(1) and (2) and the Ontario Drug Benefit Act, R.S.O. 1990, c.10, s.13 (1) and (2). The information collected may be verified by comparing it with information collected from other government and non-government organizations where permitted by law. For information about collection practices, call 1 800 268-1154, in Toronto (416) 314-5518, or write to the Director, Registration and Claims Branch, Box 48, 3rd floor 49 Place d'Armes, Kingston ON K7L 5J3.

Ministry use only		Health Number		Version code		Processing Clerk		
						Date	Number	Initials
Citizenship	Name on document			Cit type		Effective date		End date
	Document type	Issued by		Document no.			Client ID	
Res.	Document type	Document source		Ident.	Document type	Document source	Organ donor	Exemptions <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> S

Si vous **arrivez ou revenez** en Ontario, remplissez les sections A, B, C et D.
Si vous **renouvelez** votre carte Santé avec photo, remplissez les sections A et D.

Reportez-vous à la **Liste des documents** que vous devez produire pour faire votre demande.

Veillez écrire en lettres moulées à l'encre bleue ou noire.

A. Renseignements personnels

Nom de famille		Prénom		Deuxième prénom		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Date de naissance aaaa mm jj		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 votre domicile ()				Numéro de téléphone au travail ou ailleurs () poste			
Adresse postale		Appartement		Numéro et rue ou numéro de case postale, R.R., poste restante			
Ville		Province		Code postal		Pays	
Adresse du domicile <i>(si différente de l'adresse ci-haut mentionnée)</i>		Appartement		Numéro et nom de rue, ou lot, concession et canton			
Ville		Province ON		Code postal		Pays CANADA	
						Date du déménagement à cette adresse aaaa mm jj	

B. Résidents 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 en Ontario? aaaa mm jj				Quand avez-vous quitté l'adresse ci-dessus? aaaa mm jj			
Quand êtes-vous devenu résident permanent en Ontario? aaaa mm jj				Pendant combien de temps avez-vous l'intention d'habiter en Ontario? <input type="checkbox"/> en permanence <input type="checkbox"/> de façon temporaire			
Si vous habitez ailleurs au Canada, étiez-vous couvert par un régime d'assurance-maladie du gouvernement? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				Dans l'affirmative, quel était votre numéro d'assurance-maladie?			
Êtes-vous un citoyen canadien de retour au Canada? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Êtes-vous un immigrant de retour au Canada? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Êtes-vous un immigrant nouvellement arrivé? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Avez-vous récemment quitté les Forces canadiennes ou la GRC? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui (date de votre départ) aaaa / mm / jj		Avez-vous récemment quitté un pénitencier fédéral? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui (date de votre libération) aaaa / mm / jj		Êtes-vous étudiant? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			

C. Citoyenneté ou statut d'immigrant

Canadien(ne)
 Autochtone (selon la Loi sur les Indiens)
 Immigrant(e) admis(e)
 Réfugié au sens de la Convention
 Autre (précisez) _____

D. Entente

Je confirme que :

- L'Ontario sera mon lieu de domicile permanent et principal.
- Je serai physiquement présent en Ontario pendant au moins cinq mois (153 jours) au cours de la période de 12 mois suivant immédiatement la présente demande.
- Si je suis l'auteur d'une nouvelle demande d'inscription à l'assurance-maladie au Canada ou si ma protection d'assurance-maladie au Canada a été interrompue, je ne m'absenterai pas de l'Ontario pendant plus de 30 jours au cours des premiers 153 jours suivant immédiatement la présente demande.
- Les renseignements que j'ai fournis dans la présente demande et dans les documents exigés sont véridiques et exacts.

Je comprends que :

- S'il y a un changement à mon nom, à mon adresse, à ma citoyenneté ou à mon statut d'immigrant, la loi exige que j'en avise le ministère de la Santé et des Soins de longue durée dans les 30 jours.
- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée peut vérifier mon statut de résident et tout renseignement que j'ai fourni dans la présente demande et dans les documents exigés.
- 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 ma demande ou relativement à ma demande constitue une infraction.

Signature <input type="checkbox"/> de l'auteur de la demande <input type="checkbox"/> du tuteur légal <input type="checkbox"/> du père ou de la mère <input type="checkbox"/> du mandataire d'une procuration X	Date
---	------

Les renseignements personnels décrits dans la présente formule sont réunis aux fins d'évaluation de l'admissibilité à l'assurance-santé, de planification et de coordination des services de santé et d'administration de la Loi sur l'assurance-santé et de la Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario. Ces renseignements sont réunis et utilisés à ces fins en vertu de la Loi sur l'assurance-santé, L.R.O. 1990, chap. H. 6, art. 4(2), 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. O. 10, art. 13 (1) et (2). Les renseignements réunis peuvent être vérifiés en les comparant aux renseignements obtenus d'autres organismes gouvernementaux ou non gouvernementaux, si la loi l'autorise. Pour plus de précisions sur la collecte de ces renseignements, veuillez faire le 1 800 268-1154 ou, à Toronto, le 416 314-5518 ou écrire au directeur de l'inscription et des demandes de règlement, C.P. 48, 3^e étage, 49 Place d'Armes, Kingston ON K7L 5J3.

Réservé au ministère		Health Number		Version code		Processing Clerk			
						Date		Number	Initials
Citizenship	Name on document			Cit type		Effective date		End date	
	Document type		Issued by		Document no.			Client ID	
Res.	Document type		Document source		Ident.	Document type		Document source	
						Organ donor		Exemptions <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> S	