

# What's your address?

Has it changed since you  
got your Health Card?

## MOVING?

**Don't take risks with your health coverage.**

**Complete this form and return to:  
Ministry of Health and Long-Term Care  
PO Box 48  
Kingston ON K7L 5J3**

1. Fill in your **new address** and the **date** of move.
2. Provide a **telephone number** where you may be reached during the day for more information.
3. Complete for everyone moving to the **same address**. Each person must sign as declaration that the information is true and accurate. (Parent/guardian may sign for children under 16).

**Failure to notify the Ministry may affect your health coverage.**

# Quelle est votre adresse?

A-t-elle changé depuis la réception  
de votre carte Santé?

## VOUS DÉMÉNAGEZ?

**Ne prenez pas de risques touchant votre protection.**

**Veillez compléter cette formule et la retourner :  
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
CP 48  
Kingston ON K7L 5J3**

1. Inscrivez votre **nouvelle adresse** et la **date** du déménagement.
2. Inscrivez un **numéro de téléphone** où l'on peut vous rejoindre durant la journée pour plus de renseignements.
3. Remplissez cette section pour chaque personne qui déménage à cette **même adresse**. Chaque personne inscrite doit y apporter sa signature à titre de déclaration que l'information inscrite est exacte et véridique (un parent ou tuteur peut signer pour les enfants en bas de 16 ans).

**La couverture de l'Assurance-santé peut être interrompue si vous n'avisez pas le Ministère.**



**Change of Address / Changement d'adresse**

Microfilm Use Only/Réservé au microfilm

<b>1. New Mailing Address / Nouvelle adresse postale</b>				<b>Date of move / Date du déménagement</b> year / année    month / mois    day / jour	
Apt. / App.		Street no. & name, R.R., P.O. Box, General delivery / N° et nom de la rue, R.R., C.P., poste restante			
City / Ville		Province	Country / Pays		Postal Code / Code postal
<b>Is your mailing address a rural route, P.O. Box or General Delivery? If it is, give your residence address below.</b> <b>Si votre adresse postale est une route rurale, boîte postale ou poste restante, veuillez indiquer votre adresse résidentielle ci-dessous.</b>					
Lot, Concession, Township or Street no. & name / Lot, concession, canton, ou numéro et nom de la rue					
City / Ville		Province	Country / Pays		Postal Code / Code postal
<b>2. Telephone / Téléphone</b>		Telephone (home) / Téléphone (domicile) (       )	Telephone (business) / Téléphone (bureau) ext. (       )		
<b>3. Who is moving? / Qui déménage?</b>					
Last name / Nom de famille			First name / Prénom		
Health Number / Numéro de carte Santé	Version	Date of birth / Date de naissance year / année    month/mois    day / jour	Signature		
<b>Person 2 / Personne 2</b>					
Last name / Nom de famille			First name / Prénom		
Health Number / Numéro de carte Santé	Version	Date of birth / Date de naissance year / année    month/mois    day / jour	Signature		
<b>Person 3 / Personne 3</b>					
Last name / Nom de famille			First name / Prénom		
Health Number / Numéro de carte Santé	Version	Date of birth / Date de naissance year / année    month/mois    day / jour	Signature		
<b>Person 4 / Personne 4</b>					
Last name / Nom de famille			First name / Prénom		
Health Number / Numéro de carte Santé	Version	Date of birth / Date de naissance year / année    month/mois    day / jour	Signature		

Collection of the personal information on this form is for determination of eligibility for health coverage, health planning and administration of the Health Insurance and Ontario Drug Benefits Acts. The authority for the collection and use of this information is the *Ministry of Health and Long-Term Care Act, S.6*; the *Health Insurance Act, s.2(3), clause 4 (2) (b), ss. (11) (1) and (2)*; the *Ontario Drug Benefit Act, s. 2* and Regulation 868, R.R.O. 1990, S.2. For information about collection practices, call 1 800 268-1154 or write to the Director, Registration and Claims Branch, Box 48, Macdonald-Cartier Building, Kingston ON K7L 5J3.

Les renseignements demandés dans cette formule sont recueillis aux fins de vérification de l'admissibilité à l'assurance-santé, de planification de la Santé et d'administration de la *Loi sur l'assurance-santé de l'Ontario* et de la *Loi sur le régime de médicaments gratuits de l'Ontario*. La collecte et l'utilisation de ces renseignements sont autorisées en vertu de la *Loi sur le ministère de la Santé et des Soins de longue durée*, article 6, de la *Loi sur l'assurance-santé*, paragraphes 2(3), alinéa 4(2) b), et paragraphe 11(1) et (2), de la *Loi sur le régime de médicaments gratuits de l'Ontario*, article 2, et du Règlement 868, R.R.O. 1990, article 2. Pour obtenir des renseignements au sujet de la collecte de données, composer le 1 800 268-1154 ou s'adresser par écrit au directeur ou à la directrice de l'Inscription et des demandes de règlement, C.P. 48, Édifice Macdonald-Cartier, Kingston ON K7L 5J3.