

Health Card Renewal Renouvellement de la Carte Santé

Health Number / N° de carte Santé

Audit ID / N° de vérification

Last name, first name, middle name and mailing address Nom de famille, prénom, deuxième prénom et adresse postale		Mailing address changes / Nouvelle adresse postale	
Residential address / Adresse domiciliaire		Residential address changes / Nouvelle adresse domiciliaire	
Date of birth / Date de naissance YYYYAAAA MMMM DDJJ	Official language preference / Langue officielle de préférence	Sex / Sexe	

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 153 days in any twelve-month period to retain my OHIP coverage.
- The information I have provided on this form, 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, I will tell the Ministry of Health and Long-Term Care within 30 days.
- It is an offence to knowingly provide false information in, or in relation to, this application.

Je confirme que :

- J'ai mon lieu de domicile permanent et principal en Ontario et compte y demeurer.
- Je serai physiquement présent(e) en Ontario pendant au moins 153 jours au cours d'une période donnée de 12 mois pour demeurer admissibles à l'Assurance-santé.
- Les renseignements que j'ai fournis sur la présente formule 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, j'en aviserais le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée dans les 30 jours qui suivent.
- Le fait de fournir sciemment des renseignements erronés dans ma demande ou relativement à ma demande constitue une infraction.

Name / Nom (<i>please print / en lettres moulées</i>)	Telephone (home) / Téléphone (maison) ()	Work or other telephone no. N° de téléphone au travail ou ailleurs ()
Signature of / Signature ___ applicant / de l'auteur de la demande ___ parent / du père ou de la mère ___ guardian / du tuteur ou de la tutrice ___ power of attorney / du mandataire d'une procuration		Date

This information may be verified using information from government and non-government organizations as permitted by law. The Ministry of Health and Long-Term Care may verify your residence status and any information you have given on this form and in the documents you have provided.

Ces renseignements peuvent être vérifiés à l'aide de renseignements provenant du gouvernement et d'organismes non gouvernementaux si la loi l'autorise. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée peut vérifier votre résidence actuelle et les renseignements fournis sur la présente formule et dans les documents exigés.

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 *Ontario Drug Benefit Act*. The authority for the collection and use of this information is found in the *Personal Health Information Protection Act*, S.O. 2004, s. 36, the *Health Insurance Act*, R.S.O. 1990, c. H.6, s. 2(3) and 4.1(1) and (2) and the *Ontario Drug Benefit Act*, R.S.O. 1990, C.O. 10, s. 13 (1) and (2). The information may be used and disclosed in accordance with the *Personal Health Information Protection Act* 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. I understand that I may withhold consent to the collection of this information, however this may interfere with the provision of my Ontario health insurance coverage. For information about collection practices, call 1 800 268-1154 or write to the Director, Registration and Claims Branch, P.O. Box 48, Kingston ON K7L 5J3.

Les renseignements personnels demandés dans la présente formule sont recueillis aux fins de l'évaluation et de la vérification de l'admissibilité à l'Assurance-santé de l'Ontario, des programmes qui y sont reliés, de la planification des services de santé et de la recherche ainsi que de 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 en vertu de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* L.O. 2004, art. 36, de la *Loi sur l'assurance-santé*, L.R.O. 1990, chap. H.6, par. 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. 10, par. 13 (1) et (2). Ces renseignements peuvent être utilisés et divulgués conformément aux dispositions de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, tel qu'énoncé dans la *Déclaration concernant les pratiques en matière d'information du ministère de la Santé et des Soins de longue durée*, que l'on peut consulter dans le site www.health.gov.on.ca. Je comprends que je peux refuser de consentir à la cueillette de ces renseignements. Cependant, cela peut entraver ma protection d'Assurance-santé de l'Ontario. 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, C.P. 48, Kingston ON K7L 5J3.

Ministry use only / Réserve au ministère		Health Number	Version code	Date	P. Clerk number	Initials
Cit.	Name on document	Cit type	Effective date		End date	
	Document type	Issued by	Document no.		Client ID	
Res	Document type	Document source	Id	Document type	Document source	Organ donor
						Exemptions ___ A ___ P ___ S