

**Health Card Renewal – Child  
Renouvellement de la Carte Santé – Enfant**

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	
Child's date of birth / Date de naissance de l'enfant  YYYYAAAA      MMMM      DDJJ		Child's Birth Registration Number / Citizenship / Immigration Document Number Numéro d'enregistrement de l'enfant / Citoyenneté / Numéro du document d'immigration	

**I confirm that:**

- My child has and will continue to have a permanent and principal home in Ontario.
- My child will be physically present in Ontario for at least 153 days in any twelve-month period to retain OHIP coverage.
- The information I have provided on this form, and in the documents I have provided, is true and accurate.
- I authorize you to obtain my child's Birth Registration Number from the Ontario Registrar General if I have not provided it above.

**I understand that:**

- If there is a change in my child's 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 :**

- Le domicile permanent et principal de mon enfant est en Ontario et il continuera d'y demeurer.
- Mon enfant sera physiquement présent en Ontario pendant au moins 153 jours au cours de toute période de 12 mois consécutifs pour demeurer admissible à l'Assurance-santé.
- Les renseignements que j'ai fournis sur la présente formule et dans les documents exigés sont véridiques et exacts.
- J'autorise le ministère à obtenir le numéro d'enregistrement de naissance de mon enfant auprès du registraire général de l'état civil de l'Ontario si je ne l'ai pas indiqué ci-dessus.

**Je comprends que :**

- S'il y a un changement au nom, de l'adresse, de la citoyenneté ou du statut d'immigrant de mon enfant, j'en aviserai 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> )	Signature of / Signature __ parent / du père ou de la mère __ guardian / du tuteur ou de la tutrice <b>X</b>	Date
Parent/Guardian Health Number (10 digits) N° de carte Santé/père/mère/tuteur(trice) (10 chiffres)	Telephone ( <i>home</i> ) / Téléphone ( <i>maison</i> ) (      )	Work or other telephone no. N° de téléphone au travail ou ailleurs (      )

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](http://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 Ontario health insurance coverage for my child. 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](http://www.health.gov.on.ca). Je comprends que je peux refuser de consentir à la cueillette de ces renseignements. Cependant, cela peut entraver la protection d'Assurance-santé de l'Ontario de mon enfant. 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.

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