



EXTENDED HEALTH BENEFITS APPLICATION BENEFIT YEAR (2025-2026)

The Northwest Territories (NWT) Extended Health Benefits Program is intended to help NWT residents with the cost of supplementary health benefits such as:

INSCRIPTION AU RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE COMPLÉMENTAIRE ANNÉE DE PRESTATIONS (2025-2026)

Le régime d'assurance-maladie complémentaire des Territoires du Nord-Ouest (TNO) vise à aider les résidents à assumer le coût des prestations d'assurance-maladie supplémentaire, notamment :



To apply, residents of the Northwest Territories must:

- Hold a valid NWT Health Care Card.
- Not be eligible for benefits under the Métis Health Benefits Policy or Non-Insured Health Benefits Program.
- Have either filed an income tax return for the previous year or completed section 4: Alternate Proof of Income

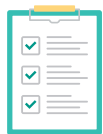
Applicants must re-apply prior to each benefit year. Benefit year is from September 1st to August 31st.

Pour présenter une demande, les résidents des Territoires du Nord-Ouest (TNO) doivent :

- détenir une carte d'assurance-maladie des TNO valide.
- ne pas être admissible à des prestations en vertu du Régime d'assurance-maladie complémentaire pour les Métis ou du Programme des services de santé non assurés.
- avoir produit une déclaration de revenus pour l'année précédente ou avoir rempli la section 4 : Autre preuve de revenu.

Les demandeurs doivent présenter une nouvelle demande avant chaque année de prestations. L'année de prestations s'étend du 1^{er} septembre au 31 août.

How to Apply / Comment présenter une demande



Complete the Application
Remplir le formulaire de demande

1



Sign the Application
Each Household Member 19 years and over must sign the application.
Signer le formulaire de demande
Chaque membre du ménage âgé de 19 ans ou plus doit signer le formulaire.

2



Include Documents
Include necessary documents with your application.
Joindre les documents
Joignez les documents nécessaires à votre demande.

3



Submit the Application
You can mail, email, or fax the application to our office.
Soumettre la demande
Vous pouvez envoyer la demande à notre bureau par la poste, par courriel ou par télécopieur.

4

Mail: Health Services Administration
Bag Service #9, Inuvik, NT X0E 0T0

Fax: 867-777-3197

Email: healthcarecard@gov.nt.ca

If you have any questions please contact our office at 1-800-661-0830 or by email healthcarecard@gov.nt.ca or visit our website at www.gov.nt.ca/newehbpolicy

Par la poste : Administration des services de santé
Sac postal 9, Inuvik NT X0E 0T0

Par télécopieur : 867-777-3197

Par courriel : healthcarecard@gov.nt.ca

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau par téléphone au 1-800-661-0830 ou par courriel à healthcarecard@gov.nt.ca, ou visitez notre site Web au www.gov.nt.ca/nouvellepolitiqueRAMC.



How To Apply

Before you send us your application complete all sections of the application form that apply. If you complete the form by hand, print clearly.

- 1) **Household Information:** List each member of your family.
 - a) **If you are newly widowed and the applicable tax return does not state this change**
 - Provide a copy of the death certificate for your deceased spouse or legal partner.
 - b) **If you are newly separated or divorced and the applicable tax return does not state this change**
 - Include a copy of your legal separation agreement or divorce papers
 - 2) **Insurance Information:**
 - a) **If any household member has an insurance plan at work or school or pays for private insurance**
 - Include all insurance details requested in Section 2 of this application. You may need to contact the insurer for information.
 - If you reach your insurance plan's annual or lifetime maximum, include a letter from the insurance company with the date the annual or lifetime maximum was met, and the reinstatement date.
 - 3) **2024 Net Income:** Complete Section 3 and provide the following:
 - a) **Notice of Assessment/Reassessment from the Canada Revenue Agency for the year 2024.** If you or your spouse are 59 years of age or younger you must provide both Notice of Assessments/ Reassessments with your application.
- OR**
- 4) **Alternate Proof of Income:**
 - a) If you are new to Canada and have not filed a Canadian tax return, or you were a child (under the age of 19) complete the section using your 2024 income.
 - b) If your income has decreased 10% or more since filing your income tax return, complete the section using your current income.
 - 5) **Sign the application:**
 - Make sure the applicant, spouse/partner and/or parent/guardian sign the application form. All required signature areas must be signed for the application to be accepted.
 - If you are signing as a legal guardian, please provide documentation stating you can sign on the applicant's behalf (power of attorney documents, custody order etc.).

Send your completed application with any supporting documents by fax, mail or email to:

Mail: Health Services Administration
Bag Service #9, Inuvik, NT X0E 0T0

Fax: 867-777-3197

Email: healthcarecard@gov.nt.ca

If you need assistance completing the form or have questions:

- Call 867-678-8050 or toll free 1-800-661-0830
- Email healthcarecard@gov.nt.ca

Comment présenter une demande

Avant de nous envoyer votre demande, veuillez remplir toutes les sections du formulaire qui s'appliquent. Si vous remplissez le formulaire à la main, veuillez écrire lisiblement.

- 1) **Renseignements sur le ménage :** Énumérez chaque membre de votre famille.
 - a) **Si vous êtes nouvellement veuf(ve) et si la déclaration de revenus applicable n'indique pas ce changement :**
 - Joindre une copie du certificat de décès de votre conjoint(e) ou partenaire légal(e) décédé(e).
 - b) **Si vous êtes nouvellement séparé(e) ou divorcé(e) et si la déclaration de revenus applicable n'indique pas ce changement :**
 - Joindre une copie de votre accord légal de séparation ou de vos documents de divorce.
 - 2) **Renseignements sur l'assurance**
 - a) **Si un membre du ménage bénéficie d'un régime d'assurance au travail ou à l'école ou paie une assurance privée :**
 - Joindre tous les détails sur l'assurance demandés à la section 2 du présent formulaire. Vous devrez peut-être communiquer avec l'assureur pour obtenir des renseignements.
 - Si vous atteignez le maximum annuel ou à vie de votre régime d'assurance, joignez une lettre de la compagnie d'assurance indiquant la date à laquelle le maximum annuel ou à vie a été atteint et la date de rétablissement.
 - 3) **Revenu net en 2024 :** Remplissez la section 3 et joignez les documents suivants :
 - a) **Avis de cotisation ou de nouvelle cotisation de l'Agence du revenu du Canada pour l'année 2024.** Si vous ou votre conjoint(e) avez 59 ans ou moins, vous devez joindre à votre demande un avis de cotisation ou de nouvelle cotisation pour chaque personne.
- OU**
- 4) **Autre preuve de revenu**
 - a) Si vous êtes nouvellement arrivé(e) au Canada et si vous n'avez pas produit de déclaration de revenus au Canada, ou si vous étiez un enfant (moins de 19 ans), remplissez la section en utilisant votre revenu en 2024.
 - b) Si votre revenu a diminué de 10 % ou plus depuis la production de votre déclaration de revenus, remplissez la section en utilisant votre revenu actuel.
 - 5) **Signature de la demande**
 - Assurez-vous que le demandeur, son ou sa conjoint(e) ou partenaire ou son parent ou tuteur signe le formulaire de demande. Toutes les zones de signature requises doivent être signées pour que la demande soit acceptée.
 - Si vous signez à titre de tuteur légal, veuillez fournir les documents vous autorisant à signer au nom du demandeur (procuration, ordonnance de garde, etc.).

Envoyez votre demande dûment remplie accompagnée des documents à l'appui par télécopieur, par la poste ou par courriel à l'aide des coordonnées suivantes :

Par la poste : Administration des services de santé
Sac postal 9, Inuvik NT X0E 0T0

Par télécopieur : 867-777-3197

Par courriel : healthcarecard@gov.nt.ca

Si vous avez besoin d'aide pour remplir le formulaire ou si vous avez des questions :

- Composez le 867-678-8050 ou le numéro sans frais 1-800-661-0830
- Écrivez à healthcarecard@gov.nt.ca



EXTENDED HEALTH BENEFITS APPLICATION FORM

FORMULAIRE DE DEMANDE – RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Section 1: Tell us Who is in Your Household		Section 1 : Dites-nous qui fait partie de votre ménage	
For EHB Program purposes, a “family” includes the registrant, their spouse/partner (if applicable), and any dependent children. A dependent is an NWT resident who is the legal ward or child of the registrant or registrant’s spouse/partner and meets all the following criteria: <ul style="list-style-type: none">• Is age 18 or younger,• Is supported by the registrant or registrant’s spouse, and• Is neither married, nor cohabiting in a marriage-like relationship. Fields marked with an asterisk (*) are mandatory.		Aux fins du régime d’assurance-maladie complémentaire, une « famille » comprend la personne qui s’inscrit, son ou sa conjoint(e) ou partenaire (le cas échéant), et toute personne à charge. Une personne à charge est un résident des TNO qui est le pupille légal ou l’enfant de la personne inscrite ou de son ou sa conjoint(e) ou partenaire et qui satisfait à tous les critères suivants : <ul style="list-style-type: none">• Être âgé(e) de 18 ans ou moins;• Être soutenu(e) financièrement par la personne inscrite ou son ou sa conjoint(e);• Ne pas être marié(e) et ne pas cohabiter dans une relation semblable à un mariage. Vous devez remplir les champs marqués d’un astérisque (*).	
Household Member 1 – Contact Person (all correspondence will be directed to this person) Membre du ménage 1 – Personne à contacter (toute la correspondance sera adressée à cette personne)			
Last Name* Nom de famille*		First Name* Prénom*	Middle Name Second prénom
NWT Health Care Card Number* Numéro d’assurance-maladie des TNO*		Date of Birth (mm/dd/yyyy)* Date de naissance (mm-jj-aaaa)*	
Preferred Language* Langue de préférence* <input type="checkbox"/> English / Anglais <input type="checkbox"/> French / Français			
Mailing Address (provide either street number/name or P.O. Box) / Adresse postale (indiquez le numéro ou nom de la rue ou la case postale)			
Apartment, Street Number and Name, P.O. Box* Numéro et rue, appartement, case postale*			
City/Town/Village* Ville, collectivité ou village*	Province/Territory* Province ou territoire*	Postal Code* Code postal*	
Primary Phone Number* Numéro de téléphone principal*		Secondary Phone Number (cell, work) Numéro de téléphone secondaire (cellulaire, travail)	
Email Address* Courriel*			
Residential Address (if the above is a rural P.O. Box or General Delivery, please provide your physical address) Adresse résidentielle (si l’adresse postale est une boîte postale rurale ou une adresse de poste restante, veuillez inscrire votre adresse physique)			
Apartment, Street Number and Name, P.O. Box* Numéro et rue, appartement, case postale*			
City/Town/Village* Ville, collectivité ou village*	Province/Territory* Province ou territoire*	Postal Code* Code postal*	
Household Member 2 (all sections are mandatory for each family member) Membre du ménage 2 (toutes les sections sont obligatoires pour chaque membre de la famille)			
Last Name Nom de famille		First Name Prénom	Middle Name Second prénom
NWT Health Care Card Number Numéro d’assurance-maladie des TNO		Date of Birth (mm/dd/yyyy) Date de naissance (mm-jj-aaaa)	
Relationship to Contact Person (Household Member 1) Lien avec la personne à contacter (membre du ménage 1)		Email Address Courriel	

Household Member 3 / Membre du ménage 3		
Last Name Nom de famille	First Name Prénom	Middle Name Second prénom
NWT Health Care Card Number Numéro d'assurance-maladie des TNO	Date of Birth (mm/dd/yyyy) Date de naissance (mm-jj-aaaa)	
Relationship to Contact Person (Household Member 1) Lien avec la personne à contacter (membre du ménage 1)		Email Address Courriel

Household Member 4 / Membre du ménage 4		
Last Name Nom de famille	First Name Prénom	Middle Name Second prénom
NWT Health Care Card Number Numéro d'assurance-maladie des TNO	Date of Birth (mm/dd/yyyy) Date de naissance (mm-jj-aaaa)	
Relationship to Contact Person (Household Member 1) Lien avec la personne à contacter (membre du ménage 1)		Email Address Courriel

Household Member 5 / Membre du ménage 5		
Last Name Nom de famille	First Name Prénom	Middle Name Second prénom
NWT Health Care Card Number Numéro d'assurance-maladie des TNO	Date of Birth (mm/dd/yyyy) Date de naissance (mm-jj-aaaa)	
Relationship to Contact Person (Household Member 1) Lien avec la personne à contacter (membre du ménage 1)		Email Address Courriel

If you run out of space, please list the information on a separate sheet / Si vous manquez d'espace, veuillez utiliser une feuille séparée.



Add Household Member
Ajouter un membre du ménage



Remove Household Member
Supprimer un membre du ménage

Household Member 6 / Membre du ménage 6		
Last Name Nom de famille	First Name Prénom	Middle Name Second prénom
NWT Health Care Card Number Numéro d'assurance-maladie des TNO	Date of Birth (mm/dd/yyyy) Date de naissance (mm-jj-aaaa)	
Relationship to Contact Person (Household Member 1) Lien avec la personne à contacter (membre du ménage 1)		Email Address Courriel



Add Household Member
Ajouter un membre du ménage



Remove Household Member
Supprimer un membre du ménage

Household Member 7 / Membre du ménage 7		
Last Name Nom de famille	First Name Prénom	Middle Name Second prénom
NWT Health Care Card Number Numéro d'assurance-maladie des TNO	Date of Birth (mm/dd/yyyy) Date de naissance (mm-jj-aaaa)	
Relationship to Contact Person (Household Member 1) Lien avec la personne à contacter (membre du ménage 1)		Email Address Courriel

Section 2: Tell us if You Have any Other Insurance Coverage

Are you eligible for the Canada Dental Care Program (CDCP)? Please provide your letter of eligibility from the CDCP to ensure coordination of benefits.

Does anyone in your household have insurance? This includes insurance at work or school, or any other private insurance you have. You must check one of the boxes below in order for your application to be processed.

No, household members do not have other insurance. (Note: If you or anyone in your household starts a new insurance plan that includes health benefits during the program year, you must inform Health Services Administration (HSA)).*

Yes, household members do have other insurance.*

If you checked 'Yes', complete the following section(s) below for all insurance you have that provides health benefits to your household. This includes insurance any household member **has** at work or school, or through a private insurance plan.

Section 2 : Dites-nous si vous avez d'autres polices d'assurance

Êtes-vous admissible au Régime canadien de soins dentaires (RCSD)? Veuillez joindre votre lettre de confirmation d'admissibilité au RCSD pour assurer la coordination des prestations.

Un membre de votre ménage bénéficie-t-il d'une assurance? Cela comprend toute assurance au travail ou à l'école, ou toute autre assurance privée à laquelle le membre du ménage souscrit. Vous devez cocher l'une des cases ci-dessous pour que votre demande soit traitée.

Non, aucun membre du ménage n'a souscrit une autre assurance. (Remarque : Si vous ou un membre de votre ménage souscrivez un nouveau régime d'assurance qui comprend des prestations de santé pendant l'année du programme, vous devez en informer l'Administration des services de santé).*

Oui, des membres du ménage ont souscrit une autre assurance.*

Si vous avez coché « Oui », remplissez les sections ci-dessous pour toutes les assurances que vous possédez qui offrent des prestations de santé à des membres de votre ménage. Cela comprend toute assurance qu'un membre du ménage **souscrit** au travail ou à l'école, ou par l'entremise d'un régime d'assurance privé.

Insurance Plan 1 / Régime d'assurance 1

Policy Holder Last Name*
Nom de famille du titulaire de la police*

Policy Holder First Name*
Prénom du titulaire de la police*

Name of Insurance Company*
Nom de l'assureur*

What type of benefits do you have through this insurance? / Pour quels services cette assurance vous couvre-t-elle?

Prescription Drugs Medical Supplies and Equipment Vision Dental Travel
Médicaments sur ordonnance Fournitures et équipement médicaux Soins de la vue Soins dentaires Déplacements

If any household members are not covered under this insurance plan, provide their name below.
Si des membres du ménage ne sont pas couverts par ce régime d'assurance, indiquez leurs noms ci-dessous.



Add Insurance Plan
Ajouter un régime d'assurance



Remove Insurance Plan
Supprimer un régime d'assurance

Insurance Plan 2 / Régime d'assurance 2

Policy Holder Last Name*
Nom de famille du titulaire de la police*

Policy Holder First Name*
Prénom du titulaire de la police*

Name of Insurance Company*
Nom de l'assureur*

What type of benefits do you have through this insurance? / Pour quels services cette assurance vous couvre-t-elle?

Prescription Drugs Medical Supplies and Equipment Vision Dental Travel
Médicaments sur ordonnance Fournitures et équipement médicaux Soins de la vue Soins dentaires Déplacements

If any household members are not covered under this insurance plan, provide their name below.
Si des membres du ménage ne sont pas couverts par ce régime d'assurance, indiquez leurs noms ci-dessous.

Section 3: Last Year's Net Income (your income after deductions)

Section 3 : Revenu net de l'an dernier (votre revenu après déductions)

Supporting Documents to Verify Last Year's Net Income

- Provide copies of the supporting documents for both you and your spouse
- Your 2024 Canada Revenue Agency (CRA) Notice of Assessment or Notice of Reassessment
 - If you haven't filed a Canadian tax return in the year 2024, or your income has decreased 10% or more since filing last year's Canadian tax return, please complete Section 4: Alternate Proof of Income.

Documents justificatifs confirmant le revenu net de l'an dernier

- Joignez des copies des documents à l'appui pour vous et votre conjoint(e) :
- Avis de cotisation ou avis de nouvelle cotisation de l'Agence du revenu du Canada (ARC) pour 2024.
 - Si vous n'avez pas produit de déclaration de revenus au Canada pour l'année 2024, ou si votre revenu a diminué de 10 % ou plus depuis la déclaration de revenus de l'an dernier, veuillez remplir la section 4 : Autre preuve de revenu.

Fields marked with an asterisk (*) are mandatory. / Vous devez remplir les champs marqués d'un astérisque (*).

Net Income (CRA's line 23600)* Revenu net (ligne 23600 de l'avis de l'ARC)*		\$ _____
Spouse's Net Income (CRA's line 23600) Revenu net du ou de la conjoint(e) (ligne 23600 de l'avis de l'ARC)	+	\$ _____
Total Net Income* Revenu net total*	=	\$ _____
Registered Disability Savings Plan (CRA's line 12500) Régime enregistré d'épargne-invalidité (ligne 12500 de l'avis de l'ARC)		\$ _____
(RDSP) Payments (CRA's line 12500) Paiements (REEI) (ligne 12500 de l'avis de l'ARC)	+	\$ _____
Spouse's RDSP Payments (CRA's line 12500) Paiements REEI du ou de la conjoint(e) (ligne 12500 de l'avis de l'ARC)	+	\$ _____
Total RDSP Payments* Total des paiements REEI*	=	\$ _____
Total Net Income Minus Total RDSP Income* Revenu net total moins revenu total du REEI*		\$ _____

Section 4: Alternate Proof of Income

Complete this section if you did not file your taxes with the CRA in 2024 or your income has decreased 10% or more since filing your taxes last year.

Provide your income in **annual amounts only** and include T-slips, pay stubs or a letter from your employer confirming your annual income.

Please indicate why you are completing this form:

- You did not live in Canada
- You were a child (under 19 years old) without an income
- Your income has decreased 10% or more since filing your taxes for the previous year
- Other: _____

Section 4 : Autre preuve de revenu

Remplissez cette section si vous n'avez pas produit une déclaration de revenus auprès de l'ARC pour l'année 2024 ou si votre revenu a diminué de 10 % ou plus depuis votre déclaration de revenus de l'an dernier.

Indiquez votre revenu en **montants annuels seulement** et joignez les relevés d'impôt, les fiches de paie ou une lettre de votre employeur confirmant votre revenu annuel.

Veuillez indiquer pourquoi vous remplissez ce formulaire :

- Vous ne résidiez pas au Canada
- Vous étiez un enfant (moins de 19 ans) sans revenu
- Votre revenu a diminué de 10 % ou plus depuis la déclaration de revenus de l'année précédente
- Autre : _____

If you (and/or your spouse/partner) had no income in the previous year from any source, check the box below.

Si vous (ou votre conjoint(e) ou partenaire) n'avez eu aucun revenu au cours de l'année précédente, toutes sources confondues, cochez la case ci-dessous.

- I had no income (applicant)
Je n'avais aucun revenu (demandeur)
- I had no income (spouse)
Je n'avais aucun revenu (conjoint[e])

Please provide a brief explanation of how your income has decreased 10% or more since filing your taxes for the previous year (e.g., retired, lost employment, reduced hours).

Veuillez expliquer brièvement comment votre revenu a diminué de 10 % ou plus depuis votre déclaration de revenus de l'année précédente (p. ex., retraite, perte d'emploi, réduction des heures de travail).

When did your income change (mm/dd/yyyy)?
Quand votre revenu a-t-il changé (mm-jj-aaaa)? _____

If you did not submit a Canadian tax return in 2024 due to living outside of Canada, or being under the age of 19 please provide **your 2024** income below.
If your income changed since completing your Canadian tax return, provide a copy of your notice of assessment/reassessment and provide **your current** income below.

Si vous n'avez pas soumis de déclaration de revenus au Canada en 2024 parce que vous résidiez à l'extérieur du Canada ou que vous aviez moins de 19 ans, veuillez indiquer **votre revenu de 2024** ci-dessous.
Si votre revenu a changé depuis que vous avez rempli votre déclaration de revenus au Canada, veuillez joindre une copie de votre avis de cotisation ou de nouvelle cotisation et indiquer votre revenu **actuel** ci-dessous.

INCOME (complete any lines that apply to you) REVENUS (remplissez toutes les lignes qui s'appliquent à votre situation)	Applicant Demandeur	Spouse/Partner (if applicable) Conjoint(e) ou partenaire (le cas échéant)
Employment Emploi	\$ _____	\$ _____
Employment Insurance (EI) benefits Prestations d'assurance-emploi (AE)	\$ _____	\$ _____
Workers' Compensation (i.e. workplace injury insurance) Indemnités d'accidents du travail (p. ex. assurance contre les accidents au travail)	\$ _____	\$ _____
Disability Payments Prestations d'invalidité	\$ _____	\$ _____
Old Age Security (OAS) Sécurité de la vieillesse (SV)	\$ _____	\$ _____
Canada/Quebec Pension Plan (CPP/QPP) Régime de pensions du Canada ou Régime de rentes du Québec (RPC ou RRQ)	\$ _____	\$ _____
Registered Retirement Income Fund (RRIF) Fonds enregistré de revenu de retraite (FERR)	\$ _____	\$ _____
Other Pensions/superannuation Autres régimes de pension ou de pensions de retraite	\$ _____	\$ _____
Registered Retirement Savings Plan (RRSP) Régime enregistré d'épargne-retraite (REER)	\$ _____	\$ _____
Social/Income Assistance Assurance sociale ou aide au revenu	\$ _____	\$ _____
Net Federal Supplements (box 21 or OAS T4A slip) Versement net des suppléments fédéraux (case 21 ou feuillet T4A de la SV)	\$ _____	\$ _____
INCOME (after claiming expenses allowed by the Canada Revenue Agency) REVENUS (après déduction des dépenses autorisées par l'Agence du revenu du Canada)	Applicant Demandeur	Spouse/Partner (if applicable) Conjoint(e) ou partenaire (le cas échéant)
Self-employment (specify): Travail autonome (préciser) : _____	\$ _____	\$ _____
Self-employment (specify): Travail autonome (préciser) : _____	\$ _____	\$ _____
Rental Location	\$ _____	\$ _____
Investment Placements	\$ _____	\$ _____
Taxable Capital Gains Gains en capital imposables	\$ _____	\$ _____
Taxable Canadian Corporation Dividends Dividendes imposables de sociétés canadiennes	\$ _____	\$ _____
WORLD INCOME (if applicable) REVENUS MONDIAUX (le cas échéant)	Applicant Demandeur	Spouse/Partner (if applicable) Conjoint(e) ou partenaire (le cas échéant)
Earnings Outside of Canada Gains à l'extérieur du Canada	\$ _____	\$ _____
OTHER INCOME (if applicable) AUTRES REVENUS (le cas échéant)	Applicant Demandeur	Spouse/Partner (if applicable) Conjoint(e) ou partenaire (le cas échéant)
Specify Source(s): Précisez la ou les sources : _____	\$ _____	\$ _____
Specify Source(s): Précisez la ou les sources : _____	\$ _____	\$ _____
Specify Source(s): Précisez la ou les sources : _____	\$ _____	\$ _____
TOTAL	\$ _____	\$ _____

Final considerations before returning your form. / Dernières considérations avant de retourner votre formulaire.

- Enter full **annual** income amounts only. If you use monthly amounts, you will need to complete a new form.
Entrez uniquement les montants des revenus **annuels** complets. Si vous entrez des montants mensuels, vous devrez remplir un nouveau formulaire.
- Report all income received during the previous calendar year and provide T-slips for income sources where applicable. If you're completing this form because your income has changed – provide documentation showing your current income.
Déclarez tous les revenus reçus au cours de l'année civile précédente et joignez les relevés d'impôt pour les sources de revenus, le cas échéant. Si vous remplissez ce formulaire parce que votre revenu a changé, joignez les documents pertinents confirmant votre revenu actuel.
- If submitting this by mail, please send photocopies of documents as originals may not be returned.
Si vous soumettez ce document par la poste, veuillez envoyer des photocopies des documents (les originaux ne peuvent pas être retournés).

Section 5 : Signature

X

Signature of Applicant / Signature du demandeur

Date Signed (mm/dd/yyyy) / Date de la signature (mm-jj-aaaa)

Name (please print)

Nom (en caractères d'imprimerie)

Spouse/Partner Conjoint(e) ou partenaire

Parent/Legal Guardian Parent ou tuteur légal

If you are a legal guardian signing this form on behalf of the person who is 19 years or older, check this box and include legal documentation to show you may act on behalf of them (See How To Apply, page 2, item number 5).

Si vous êtes un tuteur légal qui signe ce formulaire au nom d'une personne âgée de 19 ans ou plus, cochez cette case et joignez les documents juridiques appropriés indiquant que vous pouvez agir en son nom (voir la section Comment présenter une demande, page 2, point 5).

X

Signature

Date Signed (mm/dd/yyyy) / Date de la signature (mm-jj-aaaa)

Name (please print)

Nom (en caractères d'imprimerie)

If you are 19 years or older, please complete your own application.

Si vous avez 19 ans ou plus, veuillez remplir votre propre demande.

Please return both pages of this form using one of the following options:

Mail: Health Services Administration
Bag Service #9, Inuvik, NT X0E 0T0
Fax: 867-777-3197
Email: healthcarecard@gov.nt.ca

For more information on Extended Health Benefits, please visit www.gov.nt.ca/newehbpolicy or call the Health Services Administration office at 867-678-8050 or toll-free at 1-800-661-0830.

Veuillez retourner les deux pages du formulaire en utilisant l'une des options suivantes :

Par la poste : Administration des services de santé
Sac postal 9, Inuvik NT X0E 0T0
Par télécopieur : 867-777-3197
Par courriel : healthcarecard@gov.nt.ca

Pour en savoir plus sur le régime d'assurance-maladie complémentaire, visitez le www.gov.nt.ca/nouvellepoltiqueRAMC ou appelez le bureau de l'Administration des services de santé au 867-678-8050 ou au 1-800-661-0830 (sans frais).

The personal health information on this form is being collected in accordance with the *Health Information Act* (HIA) and will be used to change the information on your NWT Health Care Plan registration. This information is protected by the privacy provisions under the HIA and will not be used or disclosed unless allowed or required by the HIA or any other Act. If you have any questions about the collection or use of this information, contact the Manager, Health Care Eligibility at 1-800-661-0830.

Les renseignements médicaux personnels demandés dans ce formulaire sont recueillis en vertu de la *Loi sur les renseignements sur la santé*. Ils serviront à modifier des renseignements concernant votre inscription au régime d'assurance-maladie des TNO. Ces renseignements sont protégés conformément aux dispositions sur la protection de la vie privée de la *Loi sur les renseignements sur la santé*, et ils ne seront ni utilisés ni divulgués sauf autorisation ou obligation en vertu de cette loi ou de toute autre loi. Si vous avez des questions à cet effet, contactez le gestionnaire des programmes d'admissibilité aux soins de santé en composant le 1-800-661-0830.

Save Form
Sauvegarder le formulaire

Print Form
Imprimer le formulaire

Clear Form
Réinitialiser le formulaire