

## Residency – Statutory Declaration Résidence – Attestation officielle

Resident Information / Renseignements sur le demandeur		
Full Name / Nom complet	Date of Birth (mm/dd/yyyy) / Date de naissance (mm-jj-aaaa)	
Complete Residential Address (Number, Street, City/Town/Village, Postal Code) Adresse complète du domicile (numéro et rue, ville ou collectivité, code postal)		
Home Phone Number / N° de tél. à la maison	Cell Phone Number / N° de tél. cellulaire	Email Address / Adresse de courriel

**I solemnly declare that (please check applicable box): / Je déclare solennellement que (cochez la case appropriée) :**

I moved to the Northwest Territories (NWT) on \_\_\_\_\_ (date arrived) \_\_\_\_\_ and plan on living in the NWT for more than 12 months.

Je demeure aux Territoires du Nord-Ouest (TNO) depuis le \_\_\_\_\_ (date d'arrivée) \_\_\_\_\_. Je prévois y vivre plus de douze (12) mois.

**OR / OU**

The NWT continues to be my primary place of residence and I was physically present in the NWT 153 days this calendar year.

Mon lieu de résidence habituel se trouve toujours aux TNO, et j'y ai été physiquement présent pendant au moins 153 jours de l'année civile en cours.

AND I make this solemn declaration conscientiously believing it to be true and knowing that it is of the same force and effect as if made under oath and by virtue of the *Canada Evidence Act*.

ET je fais cette déclaration solennelle, la croyant en conscience véridique et sachant qu'elle a la même force et le même effet que si elle était faite sous serment en vertu de la *Loi sur la preuve au Canada*.

} X \_\_\_\_\_  
Signature of Resident  
Signature du demandeur

Declared before me at \_\_\_\_\_

in the Northwest Territories this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.

Déclaration faite devant moi à \_\_\_\_\_,

aux Territoires du Nord-Ouest, ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_.

} X \_\_\_\_\_  
Commissioner for Oaths, Notary Public,  
Justice of the Peace or RCMP  
Commissaire aux serments, notaire public,  
juge de paix ou agent de la GRC

\_\_\_\_\_  
(My Commission expires) / (Date de la fin de mon mandat)

This personal information is being collected under the authority of the health care benefits program and will be used to determine eligibility for the NWT Health Care Plan. It is protected by the privacy provisions of NWT privacy legislation. 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 présents renseignements personnels sont recueillis conformément au programme de prestation de soins de santé et serviront à déterminer votre admissibilité au régime d'assurance-maladie des TNO. Ils sont protégés par les dispositions de la loi des TNO sur la protection des renseignements personnels. Pour toute question au sujet de la collecte ou de l'utilisation des renseignements personnels, veuillez joindre le questionnaire de l'admissibilité au régime d'assurance-maladie au 1-800-661-0830.

**Please send completed statutory declaration to:**

Health Services Administration  
Department of Health and Social Services  
Bag #9, Inuvik, NT X0E 0T0  
Email: [healthcarecard@gov.nt.ca](mailto:healthcarecard@gov.nt.ca)

**If you have any questions, please contact us:**

Toll-free: 1-800-661-0830  
Phone: (867) 777-7400  
Fax: (867) 777-3197  
Email: [healthcarecard@gov.nt.ca](mailto:healthcarecard@gov.nt.ca)

**Veillez envoyer l'attestation officielle dûment remplie au :**

Bureau de l'Administration des services de santé  
Ministère de la Santé et des Services sociaux  
Sac postal n° 9, Inuvik NT X0E 0T0  
Courriel : [healthcarecard@gov.nt.ca](mailto:healthcarecard@gov.nt.ca)

**Pour toute question, veuillez communiquer avec nous :**

Sans frais : 1-800-661-0830  
Téléphone : 867-777-7400  
Télécopieur : 867-777-3197  
Courriel : [healthcarecard@gov.nt.ca](mailto:healthcarecard@gov.nt.ca)