



FOR OFFICE USE ONLY  
POUR USAGE INTERNE SEULEMENT

IM-

## EXTENDED HEALTH BENEFITS – SENIORS BENEFITS APPLICATION

The personal health information on this form is being collected in accordance with the *Health Information Act* (HIA) and will be used to determine eligibility under the Extended Health Benefits Policy. 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.

## ASSURANCE-MALADIE COMPLÉMENTAIRE POUR LES PERSONNES ÂGÉES – DEMANDE DE PRESTATIONS POUR LES PERSONNES ÂGÉES

Les renseignements médicaux personnels demandés dans ce formulaire sont recueillis en vertu de la *Loi sur les renseignements sur la santé*. Ils serviront à déterminer l'admissibilité au régime d'assurance-maladie complémentaire. 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.

Important Information	Renseignements importants
<p>In order to apply for benefits as a Senior, you must be 60 years of age or over and have a valid NWT Health Care Card.</p> <p><b>NOTES:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. You must access employer or similar plans first.</li><li>2. If you are eligible for the federal Non-Insured Health Benefits Program or the GNWT Métis Health Benefit Program, you are not eligible for EHB Seniors Benefits.</li><li>3. If employer information changes, please notify: Registrations, Health Services Administration Department of Health and Social Services Bag #9, Inuvik, NT XOE 0TO Toll-free: 1-800-661-0830 Phone: (867) 777-7400, Fax: (867) 777-3197 Email: healthcarecard@gov.nt.ca</li><li>4. If more space is required, please enter additional information on a separate sheet of paper and attach it to this application.</li></ol>	<p>Pour bénéficier de prestations pour personnes âgées, vous devez avoir 60 ans ou plus et posséder une carte d'assurance-maladie des TNO valide.</p> <p><b>REMARQUES :</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Vérifiez d'abord si vous avez droit à des prestations par l'intermédiaire de votre emploi ou d'un régime similaire.</li><li>2. Si vous êtes admissible au Programme fédéral des services de santé non assurés ou au régime d'assurance-maladie du GTNO pour les Métis, vous n'êtes pas admissible aux prestations pour personnes âgées du régime d'assurance-maladie complémentaire.</li><li>3. Si les renseignements concernant votre employeur changent, veuillez nous en aviser aux coordonnées suivantes : Inscription, Régime d'assurance-maladie Administration des services de santé Ministère de la Santé et des Services sociaux Sac postal n° 9, Inuvik NT XOE 0TO Sans frais : 1-800-661-0830 Téléphone : 867-777-7400, Télécopieur : 867-777-3197 Courriel : healthcarecard@gov.nt.ca</li><li>4. Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez utiliser une feuille séparée et la joindre au présent formulaire.</li></ol>

Applicant Information		
Renseignements sur le demandeur		
Last Name Nom de famille	First Name Prénom	Middle Name Second prénom
Date of Birth (mm/dd/yyyy) Date de naissance (mm/jj/aaaa)	NWT Health Care Card Number Numéro d'assurance-maladie des TNO	
Home Phone Number N° de tél. à la maison	Email Address Adresse de courriel	
<b>Mailing Address</b> <b>Adresse postale</b>		
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

**Spouse/Common Law Name (Include name or indicate n/a if not applicable)****Conjoint ou conjointe de fait (Mentionnez son nom ou, si c'est le cas, inscrivez "S.O." [sans objet].)**

Last Name Nom de famille	First Name Prénom	Middle Name Second prénom
-----------------------------	----------------------	------------------------------

Date of Birth (mm/dd/yyyy) Date de naissance (mm-jj-aaaa)	NWT Health Care Card Number Numéro de carte d'assurance-maladie des TNO
--	--

Home Phone Number N° de tél. à la maison	Email Address Adresse de courriel
---	--------------------------------------

**Additional Health Coverage Information (This section MUST be completed)****Renseignements sur l'assurance-maladie supplémentaire (Section OBLIGATOIRE)**

	<b>Applicant Demandeur</b>	<b>Spouse/Common Law Conjoint ou conjointe de fait</b>
Do you have health-related benefits through your employer plan or private insurance? Êtes-vous admissible à des prestations d'assurance-maladie dans le cadre d'un régime d'assurance collective de votre employeur ou d'un régime d'assurance privé?	<input type="checkbox"/> Yes Oui <input type="checkbox"/> No Non	<input type="checkbox"/> Yes Oui <input type="checkbox"/> No Non
If yes, give name of the plan (e.g. PSHCP, Sunlife, SureHealth, etc.) Si la réponse est oui, précisez le nom du régime (p. ex. RSSFP, Sun Life, SantéAssurée).		
What type of benefits do you have through this insurance? Pour quels services cette assurance vous couvre-t-elle?	<input type="checkbox"/> Prescriptions Médicaments d'ordonnance <input type="checkbox"/> Medical Supplies and Equipment Fournitures et équipements médicaux <input type="checkbox"/> Vision (eyeglasses, contacts, etc.) Soins de la vue (lunettes, lentilles cornéennes, etc.) <input type="checkbox"/> Dental Soins dentaires	<input type="checkbox"/> Prescriptions Médicaments d'ordonnance <input type="checkbox"/> Medical Supplies and Equipment Fournitures et équipements médicaux <input type="checkbox"/> Vision (eyeglasses, contacts, etc.) Soins de la vue (lunettes, lentilles cornéennes, etc.) <input type="checkbox"/> Dental Soins dentaires

**Applicant's Declaration**

I hereby certify that the information given is true, correct and complete to the best of my knowledge. I consent to the release of my personal information to the Extended Health Benefits program for the purposes of determining initial and continued eligibility for extended health benefits coverage.

**Attestation du demandeur**

J'atteste par la présente que les renseignements fournis sont, à ma connaissance, véridiques, exacts et complets. Je consens à la communication de mes renseignements personnels aux responsables du Régime d'assurance-maladie complémentaire afin qu'ils déterminent mon admissibilité initiale et continue à ce programme.

X

Applicant's Signature  
Signature du demandeur

/

Date signed  
Date de la signature

**Name (please print)****Nom (prière d'écrire en caractères d'imprimerie)****Return completed form to:**

Department of Health and Social Services  
Registrations  
Bag #9, Inuvik NT XOE 0TO  
Phone: (867) 777-7400  
Toll Free: 1-800-661-0830  
Email: healthcarecard@gov.nt.ca  
Fax: 867-777-3197

**Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :**

Ministère de la Santé et des Services sociaux  
Inscription  
Sac postal n° 9, Inuvik NT XOE 0TO  
Téléphone : 867-777-7400,  
Sans frais : 1-800-661-0830  
Courriel : healthcarecard@gov.nt.ca  
Télécopieur : 867-777-3197