



FOR OFFICE USE ONLY POUR USAGE INTERNE SEULEMENT	IM-
---	-----

NWT HEALTH CARE PLAN NOTIFICATION OF CHANGE

Health Services Administration
Department of Health and Social Services
Bag #9, Inuvik, NT X0E 0T0
Toll-free: 1-800-661-0830 • Phone: (867) 777-7400
Fax: (867) 777-3197 • Email: healthcarecard@gov.nt.ca

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.

RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE DES TNO AVIS DE CHANGEMENT

Administration des services de santé
Ministère de la Santé et des services sociaux
Sac postal 9, Inuvik NT X0E 0T0
Sans frais : 1-800-661-0830 • Téléphone : 867-777-7400
Télécopieur : 867-777-3197 • Courriel : healthcarecard@gov.nt.ca

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.

A. Registrant Information (Personal information on your current health care registration.)

Renseignements sur le demandeur (renseignements personnels inscrits à votre dossier du régime d'assurance-maladie)

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	Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Home Phone Number N° de tél. à la maison	Work Phone Number N° de tél. au travail	
Cell Phone Number N° de tél. cellulaire	Email Address Adresse de courriel	

Please indicate the information you want to change (check all that apply)

Veillez indiquer tous les renseignements que vous désirez modifier (cochez tous les éléments concernés)

<input type="checkbox"/> Name Nom	<input type="checkbox"/> Date of Birth Date de naissance	<input type="checkbox"/> Citizen and Immigration Status Citoyenneté ou statut d'immigrant
<input type="checkbox"/> Address Adresse	<input type="checkbox"/> Gender Sexe	<input type="checkbox"/> Marital Status État matrimonial
<input type="checkbox"/> Contact Information Coordonnées	<input type="checkbox"/> Indigenous Status Statut autochtone	<input type="checkbox"/> Other (specify): Autre (préciser) :

B. NEW Personal Information (Only fill in the information you want to change)

NOUVEAUX renseignements personnels (N'inscrivez que les renseignements que vous voulez modifier.)

Government issued supporting documents will be required to support changes requested. **Please see Section E – Important Information.**

Vous devrez fournir des documents gouvernementaux officiels pour justifier les changements demandés. **Voir section E – Renseignements importants.**

Last Name Nom de famille	First Name Prénom	Middle Name Second prénom
Date of Birth (mm/dd/yyyy) Date de naissance (mm/jj/aaaa)	Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	
Indigenous Status Statut autochtone	<input type="checkbox"/> First Nations (FN) Premières Nations (FN)	<input type="checkbox"/> Inuit/Inuvialuit (IN) Inuit ou Inuvialuit (IN)
	<input type="checkbox"/> Métis (M)	<input type="checkbox"/> Métis (M)

Citizenship or Immigration Status* Citoyenneté ou statut d'immigrant*	<input type="checkbox"/> CC CC	<input type="checkbox"/> PR RP	<input type="checkbox"/> WP PT	<input type="checkbox"/> SP PÉ	<input type="checkbox"/> CR RC	<input type="checkbox"/> Other (specify): Autre (préciser) :
**CC – Canadian Citizen **CC – Citoyen canadien	PR – Permanent Resident RP – Résident permanent	WP – Work Permit PT – Permis de travail	SP – Study Permit PÉ – Permis d'études	CR – Convention Refugee/Protected Person RC – Réfugié au sens de la		
Marital Status État matrimonial	<input type="checkbox"/> Single Célibataire	<input type="checkbox"/> Married Marié	<input type="checkbox"/> Widowed Veuf	<input type="checkbox"/> Divorced Divorcé	<input type="checkbox"/> Common-law Conjoint de fait	<input type="checkbox"/> Separated Separated

<input type="checkbox"/> Residential/Home Address Adresse de résidence	and/or et, ou	<input type="checkbox"/> Mailing Address Adresse 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
---	--	----------------------------

Contact Information
Coordonnées

Home Phone Number N° de tél. à la maison	Work Phone Number N° de tél. au travail
---	--

Cell Phone Number N° de tél. cellulaire	Email Address Adresse de courriel
--	--------------------------------------

C. List names of spouse/partner and dependents (under 19 years of age) who live with you and who need the same change made to their health care registration information.

C. Dressez la liste des personnes qui vivent avec vous (conjoint ou conjointe de fait et personnes à charge de moins de 19 ans) et qui auront besoin qu'on apporte les mêmes changements à leur dossier d'assurance-maladie.

Last Name Nom de famille	Given Name(s) (First and Middle) Prénom(s) (premier et second)	Date of Birth (mm/dd/yyyy) Date de naissance (mm/jj/aaaa)	Health Care Number Numéro d'assurance-maladie

* If you run out of space, please list the information on a separate sheet.

* Si vous manquez d'espace, veuillez fournir l'information sur une autre feuille.

D. Applicant/Spouse Declaration **D. Déclaration du demandeur ou du conjoint**

<p>I confirm that:</p> <ul style="list-style-type: none"> I make the NWT my primary place of residence; The information that I have given in this application and in the documents I have provided is true and accurate; and I consent to officials in the Health Services Administration office verifying this information with immigration authorities, government departments, and other persons as appropriate. 	<p>Je confirme ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les TNO constituent mon lieu de résidence principal; L'information fournie dans le présent formulaire de demande et les documents qui l'accompagnent est exacte; J'autorise les fonctionnaires du bureau de l'Administration des services de santé à vérifier cette information auprès des services d'immigration, des ministères gouvernementaux et d'autres personnes, suivant les besoins.
---	---

<input type="checkbox"/> Please tick this box if you need a new health care card sent to you	<input type="checkbox"/> Veuillez cocher cette case si vous avez besoin d'une nouvelle carte d'assurance-maladie
--	--

I have included the necessary supporting documentation outlined in section E and understand there will be a delay in processing my change request if I have not done so.
J'ai inclus tous les documents nécessaires mentionnés à la Section E et je comprends que le traitement de ma demande de modification pourrait être ralenti si ce n'était pas le cas.

Signature of Signature du	<input type="checkbox"/> Applicant demandeur	<input type="checkbox"/> Parent parent	<input type="checkbox"/> Legal Guardian tuteur légal	<input checked="" type="checkbox"/> _____ Signature	_____ Date signed Date de la signature
------------------------------	---	---	---	--	--

Name (please print)
Nom (prière d'écrire en caractères d'imprimerie)

If applicable, Le cas échéant	<input checked="" type="checkbox"/>	Signature of spouse/partner Signature du conjoint	_____ Date signed Date de la signature
----------------------------------	-------------------------------------	--	--

NOTE: Persons 19 years of age and older must sign the application form.
Note : Les personnes de 19 ans et plus doivent signer le formulaire de demande.

E. Important Information

Supporting documents must be attached to your Notification of Change Form – your change request cannot be processed without it.

Note: A supporting document referred to below that is in a language other than English or French must be accompanied by a translation of the document into English or French and include a statutory declaration signed by the translator verifying the accuracy of the translation.

Please attach the following documents to support your reason for requesting a change to your health care registration information:

1. Change of Address or Contact Information

No additional documentation is required.

2. Change of Name

- If you got married and want to use your spouse's name, provide a copy of your marriage certificate or common-law statutory declaration.
- If you got divorced and want to go back to the name you had before marriage/common law relationship, provide a copy of your divorce certificate or breakdown of spousal relationship statutory declaration and a birth certificate.
- If you applied under the *Change of Name Act*, provide a copy of your change of name certificate.
- If the change of name was after an adoption, provide a copy of the Adoption Order or Custom Adoption Certificate.

3. Gender

Please provide **one** of the following documents that reflects your lived gender identity:

- A copy of your birth certificate; or
- A Confirmation of Change of Gender form* completed by a designated professional; or
- A copy of a valid NWT Driver's licence or General Identification Card; or
- A copy of a valid Canadian Passport

4. Indigenous Status

If you indicate that you are First Nations, Inuvialuit, Inuit or Métis, please provide relevant documentation, such as:

- A copy of your status card (front and back) or a letter from Indigenous Services Canada;
- A copy of a letter from the applicable Inuvialuit/Inuit Registrar;
- A copy of your Métis card (front and back) or a letter from a Métis Association or a Métis Local in Canada or the NWT. (**Please note:** A Métis Health Benefits application form must be completed separately to determine eligibility for the program.)

5. Citizenship and Immigration Status

Please provide the valid document issued by Citizenship and Immigration Canada.

6. Marital Status

If you wish to change the marital status, please provide:

- a copy of your marriage certificate or common-law statutory declaration; or
- a copy of your divorce certificate or breakdown of spousal relationship statutory declaration

* Contact Health Services Administration for the Confirmation of Change of Gender form.

E. Renseignements importants

Les documents justificatifs doivent être joints au formulaire d'avis de changement, sans quoi votre demande ne pourra être traitée.

Note : Tout document justificatif mentionné ci-dessous et rédigé dans une langue autre que l'anglais ou le français doit être accompagné d'une traduction du document en anglais ou en français, en plus d'inclure une déclaration solennelle signée par le traducteur et attestant l'exactitude de la traduction.

Veillez joindre les documents suivants afin d'appuyer votre demande de modification de renseignements :

1. Modification de l'adresse ou des coordonnées

Aucun document supplémentaire n'est requis.

2. Changement de nom

- Si vous vous êtes marié et voulez porter le nom de genre votre conjoint, veuillez fournir votre certificat de mariage ou l'attestation officielle d'union de fait.
- Si vous avez divorcé et voulez reprendre le nom que vous portiez avant votre mariage ou votre union de fait, veuillez fournir une copie de votre certificat de divorce ou de Nations, cessation de vie commune et un certificat de documents naissance.
- Si vous avez demandé un changement de nom aux termes de la *Loi sur le changement de nom*, veuillez fournir une copie de votre certificat de changement de nom.
- Si le changement de nom fait suite à une adoption, fournir une copie de l'ordonnance d'adoption ou du certificat d'adoption selon les coutumes autochtones.

3. Sexe

Veillez fournir **l'un** des documents suivants reflétant votre identité sexuelle vécue :

- Une copie de votre acte de naissance;
- Le formulaire de confirmation de changement de sexe* rempli par un professionnel désigné;
- Une copie d'un permis de conduire valide des TNO ou d'une carte d'identité générale;
- Une copie d'un passeport canadien valide.

4. Statut autochtone

Si vous indiquez que vous êtes membre des Premières Nations, Inuvialuit(e), Inuit(e) ou Métis(se), veuillez fournir les documents justificatifs pertinents, comme :

- Une copie de votre carte de statut (recto et verso) ou d'une lettre de Services aux Autochtones Canada;
- Une copie d'une lettre du registraire inuvialuit ou inuit pertinent;
- Une copie de votre carte de Métis[se] (recto et verso) ou une lettre d'une association de Métis du Canada ou des TNO. (**Veillez noter :** un formulaire d'inscription au Régime d'assurance-maladie complémentaire pour les Métis doit être rempli séparément afin de déterminer l'admissibilité au programme.)

5. Statut de citoyen et d'immigrant

Veillez fournir le document valide émis par Citoyenneté et Immigration Canada.

6. Statut matrimonial

Si vous souhaitez modifier les renseignements sur l'état matrimonial qui figurent veuillez fournir l'un des documents suivants :

- Une copie de votre certificat de mariage ou de votre déclaration officielle d'union de fait;
- Une copie de votre certificat de divorce ou d'une déclaration attestant l'échec de votre relation conjugale.

* Veuillez communiquer avec le bureau de l'Administration des services de santé pour obtenir le formulaire de confirmation de changement de genre.