



FOR OFFICE USE ONLY  
POUR USAGE INTERNE SEULEMENT

IM-

## EXTENDED HEALTH BENEFIT PROGRAM REASSESSMENT FORM

Complete this form if your income has decreased by 10% or more, or your family unit has changed.

Please note – we will not be accepting reassessment forms after June 1<sup>st</sup> of the current benefit year. The benefit year is from September 1<sup>st</sup> to August 31<sup>st</sup>.

## RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE COMPLÉMENTAIRE FORMULAIRE DE RÉÉVALUATION

Remplissez ce formulaire si vos revenus ont diminué de 10 % ou plus, ou si votre unité familiale a changé.

Veuillez noter que nous n'accepterons plus de formulaires de réévaluation après le 1<sup>er</sup> juin de l'année de prestations en cours. L'année de prestations s'étend du 1<sup>er</sup> septembre au 31 août.

**Section 1: Registrant Information** (Personal information on your current health care registration.) Fields marked with an asterisk (\*) are mandatory.

**Section 1 : Renseignements sur le demandeur** (renseignements personnels inscrits à votre dossier du régime d'assurance-maladie). Vous devez remplir les champs marqués d'un astérisque (\*).

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	Work Phone Number N° de tél. au travail	
Cell Phone Number N° de tél. cellulaire	Email Address Courriel	

**Section 2: Select the Information you Want to Change** (check all that apply)

**Section 2 : Les informations que vous souhaitez modifier** (cochez tous les champs qui s'appliquent).

Supporting documents must be attached to your Reassessment Form / Les pièces justificatives doivent être jointes à votre formulaire de réévaluation.

- Income has decreased 10% or more** (complete the Alternate Proof of Income information in Section 4 and provide pay stubs or a letter from your employer confirming your income if applicable)  
Votre revenu a diminué de 10 % ou plus (remplissez les informations relatives à l'autre preuve de revenu à la section 4 et fournissez les fiches de paie ou une lettre de votre employeur confirmant votre revenu, le cas échéant).
- Family Unit has changed** (complete Section 3 and provide any applicable documents – proof of divorce/separation, adoption or custody order etc.)  
L'unité familiale a changé (remplissez la section 3 et fournissez tous les documents pertinents – preuve de divorce ou de séparation, d'adoption ou d'ordonnance de garde, etc.).

When did this change occur? (mm/dd/yyyy):

Quand ce changement s'est-il produit? (mm-jj-aaaa) :

**Section 3: Family Unit – Complete This Section if Your Family Unit has Changed**

**Section 3 : Unité familiale – Remplissez cette section si votre unité familiale a changé.**

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.

**Section 4: Alternate Proof of Income Information**

Complete this section if your income has decreased 10% or more, or your income has changed due to a change in your family unit.

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

**Section 4 : Informations relatives à l'autre preuve de revenus**

Répondez à cette section si vos revenus ont diminué de 10 % ou plus, ou si vos revenus ont changé en raison d'un changement dans votre unité familiale.

Indiquez vos revenus en montants annuels uniquement et joignez des feuillets d'impôt, des fiches de paie ou une lettre de votre employeur confirmant vos revenus annuels.

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

Si vous (ou votre conjoint[e] ou partenaire) n'avez aucun revenu, peu importe la source, cochez la case ci-dessous.

I had no income (applicant)  
Je n'ai aucun revenu (demandeur)

I had no income (spouse/partner)  
Je n'ai aucun revenu (conjoint[e] ou partenaire)

<b>INCOME</b> (complete any lines that apply to you) <b>REVENUS</b> (remplissez toutes les lignes qui s'appliquent à votre situation)	<b>Applicant</b> <b>Demandeur</b>	<b>Spouse/Partner</b> (if applicable) <b>Conjoint(e) ou partenaire</b> (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)	\$ _____	\$ _____
<b>INCOME</b> (after claiming expenses allowed by the Canada Revenue Agency) <b>REVENUS</b> (après déduction des dépenses autorisées par l'Agence du revenu du Canada)	<b>Applicant</b> <b>Demandeur</b>	<b>Spouse/Partner</b> (if applicable) <b>Conjoint(e) ou partenaire</b> (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 : _____	\$ _____	\$ _____
	<b>TOTAL</b>	\$ _____

#### Section 5: Applicant/Spouse/Partner Declaration

I hereby certify that the information given is true, correct and complete to the best of my knowledge.

#### Section 5 : Déclaration du demandeur ou de la conjoint(e)

J'atteste par la présente que les renseignements fournis sont, à ma connaissance, véridiques, exacts et complets.

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) \_\_\_\_\_

If Applicable / Le cas échéant

X

Signature of Spouse/Partner / Signature du ou de la conjoint(e) ou partenaire

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

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

Enter full **annual** income amounts only.

Entrez uniquement les montants des revenus **annuels** complets.

If you are sending 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).

Please return the completed reassessment form to our office using one of the following options:

Mail: **Health Services Administration**  
Bag Service #9, Inuvik, NT XOE 0TO

Fax: **867-777-3197**

Email: **healthcarecard@gov.nt.ca**

For more information on Extended Health Benefits, please visit [www.gov.nt.ca/newehbpolicy](http://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 le formulaire de réévaluation dûment rempli à notre bureau de l'une des façons suivantes :

Par la poste : **Administration des services de santé**  
Sac postal 9, Inuvik NT XOE 0TO

Par télécopieur : **867-777-3197**

Par courriel : **healthcarecard@gov.nt.ca**

Pour en savoir plus sur le régime d'assurance-maladie complémentaire, consultez le [www.gov.nt.ca/nouvellepolitiqueRAMC](http://www.gov.nt.ca/nouvellepolitiqueRAMC) ouappelez 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.