



FOR OFFICE USE ONLY
POUR USAGE INTERNE SEULEMENT

IM-

EXTENDED HEALTH BENEFITS – SENIORS PROGRAM 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 D'INSCRIPTION AU RÉGIME

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

In order to apply for the Seniors Program, you must be 60 years of age or over and have a valid NWT Health Care Card

NOTES:

- You must access employer or similar plans first.**
- If you are eligible for the federal Non-Insured Health Benefits Program or the GNWT Métis Health Benefit Program, you are not eligible for the Seniors' Program.
- If employer information changes, please notify:
Registrations, 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
- If more space is required, please enter additional information on a separate sheet of paper and attach it to this application.

Renseignements importants

Pour faire une demande d'inscription au Régime d'assurance-maladie complémentaire pour les personnes âgées, vous devez être âgé(e) de 60 ans et plus et posséder une carte d'assurance-maladie valide des TNO.

REMARQUES :

- Vérifiez d'abord si vous avez droit à des prestations par l'intermédiaire de votre emploi ou d'un régime similaire.**
- 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 au régime d'assurance-maladie pour personnes âgées.
- 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 X0E 0T0
Sans frais : 1-800-661-0830
Téléphone : 867-777-7400, Télécopieur : 867-777-3197
Courriel : healthcarecard@gov.nt.ca
- Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez utiliser une feuille séparée et la joindre au présent formulaire.

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	
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

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)

	Applicant Demandeur	Spouse/Common Law Conjoint ou conjointe de fait
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 X0E 0T0
Phone: (867) 777-7400
Toll Free: 1-800-661-0830
Email: healthcard@gov.nt.ca
Fax: 867-777-3197

Veillez envoyer le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Inscription
Sac postal n° 9, Inuvik NT X0E 0T0
Téléphone : 867-777-7400,
Sans frais : 1-800-661-0830
Courriel : healthcard@gov.nt.ca
Télécopieur : 867-777-3197