



FOR OFFICE USE ONLY
POUR USAGE INTERNE SEULEMENT

IM-

MÉTIS HEALTH 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 Métis Health Benefit 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 MÉTIS – 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 Métis Health Benefits Program, you must have a valid NWT Health Care Card and cannot be eligible for the federal Non-Insured Health Benefit Program.

NOTES:

- You must access employer or similar plans first.**
- You are responsible for providing proof of eligibility. You may be required to provide the following:
 - Birth Registration;
 - Birth Certificate with parent information;
 - Other supporting documentation requested.
- 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 Métis, vous devez posséder une carte d’assurance-maladie valide des TNO et ne pas être admissible au Programme fédéral des services de santé non assurés.

REMARQUES :

- Vérifiez d’abord si vous avez droit à des prestations par l’intermédiaire de votre emploi ou d’un régime similaire.**
- Il est de votre devoir de fournir une preuve d’admissibilité. Il se peut que vous ayez à fournir les documents suivants :
 - Enregistrement de naissance;
 - Acte de naissance contenant les renseignements sur les parents;
 - Toute autre pièce justificative.
- Si les renseignements concernant votre employeur changent, veuillez nous en aviser aux coordonnées suivantes :
Inscription, 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)	Place of Birth Lieu de naissance	
NWT Health Care Card Number Numéro d’assurance-maladie des TNO	Home Phone Number N° de tél. à la maison	
Cell Phone Number N° de tél. cellulaire	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
Indigenous Descent Groupe autochtone		
Indigenous descendent of which NWT Group? De quel groupe autochtone des TNO descendez-vous?		
<input type="checkbox"/> Cree Cri	<input type="checkbox"/> Hare Peau-de-lièvre	<input type="checkbox"/> Slavey Slavey
<input type="checkbox"/> Chipewyan Chipewyan	<input type="checkbox"/> Tłı̨chǫ Tłı̨chǫ	
<input type="checkbox"/> Gwich'in Gwich'in	<input type="checkbox"/> Métis and: Métis et :	
About Your Parents Vos parents		
Name of Father Nom du père		Ethnic Origin Origine ethnique
Date of Birth (mm/dd/yyyy) Date de naissance (mm/jj/aaaa)	Place of Birth Lieu de naissance	NWT Health Care Card Number Numéro d'assurance-maladie des TNO
Maiden and First Name of Mother Nom de jeune fille et prénom de la mère		Ethnic Origin Origine ethnique
Date of Birth (mm/dd/yyyy) Date de naissance (mm/jj/aaaa)	Place of Birth Lieu de naissance	NWT Health Card Number Numéro d'assurance-maladie des TNO
About Your Grandparents Vos grands-parents		
Name of Maternal Grandfather Nom du grand-père maternel		Ethnic Origin Origine ethnique
Date of Birth (mm/dd/yyyy) Date de naissance (mm/jj/aaaa)	Place of Birth Lieu de naissance	
Maiden Name of Maternal Grandmother Nom du grand-mère maternel		Ethnic Origin Origine ethnique
Date of Birth (mm/dd/yyyy) Date de naissance (mm/jj/aaaa)	Place of Birth Lieu de naissance	
Name of Paternal Grandfather Nom du grand-père paternel		Ethnic Origin Origine ethnique
Date of Birth (mm/dd/yyyy) Date de naissance (mm/jj/aaaa)	Place of Birth Lieu de naissance	
Maiden Name of Paternal Grandmother Nom de jeune fille de la grand-mère paternel		Ethnic Origin Origine ethnique
Date of Birth (mm/dd/yyyy) Date de naissance (mm/jj/aaaa)	Place of Birth Lieu de naissance	
Other Information Autres renseignements		
Please indicate if you are: Veuillez indiquer si vous êtes :		
<input type="checkbox"/>	Indigenous Métis* of the NWT Métis indigène* des TNO	<input type="checkbox"/> Non-Indigenous Métis Métis non indigène des TNO
<input type="checkbox"/>	Community Acceptance Member, Name of Community: Membre accepté par la communauté et nom de la communauté :	
Please indicate if you are: Veuillez indiquer si vous êtes :		
<input type="checkbox"/>	On the General Métis Membership List, Name of Community: Inscrit(e) sur la liste générale des membres; nom de la communauté :	
<input type="checkbox"/>	A Member of a Métis Local, Name of Community: Membre d'une association locale de Métis; nom de la communauté :	

* Indigenous Métis of the NWT means that your ancestors lived in the NWT on or about January 1, 1921.

* Signifie que vos ancêtres ont vécu aux TNO autour du 1^{er} janvier 1921.

Note: If form is being completed for a dependent, please ensure both parents or guardians complete "Additional Health Coverage" section below.
Note : Si le formulaire est rempli au nom d'une personne à charge, veuillez vous assurer que les deux parents ou tuteurs remplissent la section ci-dessous sur l'assurance-maladie supplémentaire.

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

	Applicant – Or parent/guardian if applicant is a dependent Demandeur – Ou parent ou tuteur si la demande concerne une personne à charge	Spouse/Common Law – Or second parent/guardian if applicant is a dependent Conjoint ou conjointe de fait – Ou deuxième parent ou tuteur si la demande concerne une personne à charge
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.

Signature of Applicant Parent Legal Guardian
 Signature du demandeur parent tuteur légal

X

Signature

Date signed
Date de la signature

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

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.

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

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 X0E 0T0
 Téléphone : 867-777-7400,
 Sans frais : 1-800-661-0830
 Courriel : healthcard@gov.nt.ca
 Télécopieur : 867-777-3197