



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.

NOTES:

1. You must access employer or similar plans first.
2. 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

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.

REMARQUES :

1. Vérifiez d’abord si vous avez droit à des prestations par l’intermédiaire de votre emploi ou d’un régime similaire.
2. 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 9, Inuvik NT X0E 0T0
Sans frais : 1-800-661-0830
Téléphone : 867-777-7400, Télécopieur : 867-777-3197
Courriel : healthcarecard@gov.nt.ca

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
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

Application Requirements	Exigences pour la présentation d'une demande
<input type="checkbox"/> Valid NWT Health Care # _____ <input type="checkbox"/> I self-identify as Métis <input type="checkbox"/> I solemnly declare that I am not registered under the <i>Indian Act</i> (commonly referred to as 'status Indian') or an Inuk recognized by an Inuit land claim organization. <input type="checkbox"/> Provide a letter from one of the Indigenous governments or Indigenous organizations listed below confirming they are a member of one of the following Indigenous government or Indigenous organization whose members hold or asserts to hold Aboriginal rights in the Northwest Territories as affirmed by section 35 of the <i>Constitution Act, 1982</i> : <ul style="list-style-type: none"> • Dehcho First Nations as the regional government representing the Fort Providence Métis Council and Fort Simpson Métis Local #52 • Gwich'in Tribal Council • Northwest Territory Métis Nation as the regional government representing the Fort Resolution Métis Government, Fort Smith Métis Council and Hay River Métis Government Council • North Slave Métis Alliance • Sahtú Secretariat Incorporated • Tłı̨chǫ Government 	<input type="checkbox"/> Numéro de carte d'assurance-maladie des TNO valide _____ <input type="checkbox"/> Je m'identifie comme Métis. <input type="checkbox"/> Je déclare solennellement que je ne suis pas inscrit en vertu de la <i>Loi sur les Indiens</i> (ce qu'on appelle communément un Indien inscrit) ou un Inuit reconnu par un organisme de revendication territoriale inuit. <input type="checkbox"/> Je fournis une lettre de l'un des gouvernements ou de l'une des organisations autochtones ci-dessous qui confirme que je suis membre d'un gouvernement ou d'une organisation autochtone qui détient ou fait valoir des droits autochtones confirmés par l'article 35 de la <i>Loi constitutionnelle de 1982</i> : <ul style="list-style-type: none"> • Premières Nations du Dehcho, à titre de gouvernement régional représentant le Conseil des Métis de Fort Providence et de la Section locale 52 de la Nation des Métis de Fort Simpson • Conseil tribal des Gwich'in • Nation des Métis des Territoires du Nord-Ouest, à titre de gouvernement régional représentant le Conseil des Métis de Fort Resolution, le Conseil des Métis de Fort Smith et le Conseil des Métis de Hay River • Alliance des Métis du Slave Nord • Sahtú Secretariat Incorporated • Gouvernement tłı̨chǫ

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 Renseignements sur l'assurance-maladie supplémentaire		
	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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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	Attestation du demandeur
I hereby certify that the information given is true, correct and complete to the best of my knowledge.	J'atteste par la présente que les renseignements fournis sont, à ma connaissance, véridiques, exacts et complets.
Signature of <input type="checkbox"/> Applicant <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Legal Guardian Signature du <input type="checkbox"/> demandeur <input type="checkbox"/> parent <input type="checkbox"/> tuteur légal	<div style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;">X</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Signature Date signed </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Date de la signature </div>
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: healthcarecard@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 : healthcarecard@gov.nt.ca
 Télécopieur : 867-777-3197