



FOR OFFICE USE ONLY
POUR USAGE INTERNE SEULEMENT

IM-

NWT APPLICATION FOR HEALTH CARE – NEWBORN

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 determine eligibility for the NWT Health Care Plan. 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.

FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE DES TNO – NOUVEAU-NÉ

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 déterminer l'admissibilité 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. Newborn Information (See Section E – Important Information) Attach a photocopy of a birth certificate.

A. Renseignements sur le nouveau-né (voir section E – Renseignements importants) – Joindre une photocopie du certificat de naissance.

Last Name Nom de famille	First Name Prénom	Middle Name Second prénom
Gender Sexe	<input type="checkbox"/> Male Masculin	<input type="checkbox"/> Female Féminin
Date of Birth (mm/dd/yyyy) Date de naissance (mm/jj/aaaa)		

B. Parent Information

B. Renseignements sur le parent

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	
Name of Other Parent (if applicable) Nom de l'autre parent (le cas échéant)		
Date of Birth (mm/dd/yyyy) Date de naissance (mm/jj/aaaa)	NWT Health Care Card Number Numéro d'assurance-maladie des TNO	
Home Address Adresse du domicile		
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

Mailing Address (if different from home address) Adresse postale (si différente de l'adresse du domicile)		
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
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. Adoption Information (if applicable). Attach a photocopy of proof of adoption. C. Renseignements sur l'adoption (s'il y a lieu) – Joindre une photocopie d'une preuve d'adoption.		
Is the newborn custom or private adopted? S'agit-il d'une adoption selon les coutumes autochtones ou d'une adoption privée? <input type="checkbox"/> Custom Selon les coutumes autochtones	<input type="checkbox"/> Private Privée	Date of Adoption (mm/dd/yyyy) Date de l'adoption (mm/jj/aaaa)
Birth Mother's Name Nom de la mère naturelle	NWT Health Care Card Number Numéro d'assurance-maladie des TNO	
Please Note: The newborn's last name on the health care card will be the same as it appears on the birth certificate until documentation can be provided showing that the adoption is final. Please see back of form or go to our website at www.hss.gov.nt.ca for more information. Veillez noter : Le nom de famille du nouveau-né figurant sur la carte d'assurance-maladie sera le même que celui figurant sur le certificat de naissance jusqu'à ce que nous ayons reçu des documents montrant que l'adoption est définitive. Vous trouverez de plus amples renseignements au verso du formulaire ou sur notre site Web, au www.hss.gov.nt.ca/fr .		
D. Applicant Declaration		D. Déclaration du demandeur
I confirm that: • I am a resident of the NWT; • The information that I have given in this application and in the documents I have provided is true and accurate; • I consent to officials in the Health Services Administration office verifying this information with immigration authorities, government departments, and other persons as appropriate; and • The newborn is a resident of the NWT.		Je confirme ce qui suit : • Je suis résident des TNO; • Les renseignements fournis dans le présent formulaire et les documents qui l'accompagnent sont exacts; • J'autorise les fonctionnaires du bureau de l'Administration des services de santé à vérifier ces renseignements auprès des services d'immigration, des ministères gouvernementaux et d'autres personnes, suivant les besoins; • Le nouveau-né est résident des TNO.
Signature of Signature du	<input type="checkbox"/> Birth Parent parent naturel	<input type="checkbox"/> Adoptive Parent parent adoptif
	<input type="checkbox"/> Legal Guardian tuteur légal	<input checked="" type="checkbox"/> _____ Signature of parent Signature du parent
Date signed Date de la signature		
Name (please print) Nom (prière d'écrire en caractères d'imprimerie)		
E. Important Information		E. Renseignements importants
1. Name of Newborn The name of the child must be what appears on his or her birth certificate. Please include a photocopy of the birth certificate.		1. Nom du nouveau-né Le nom de l'enfant doit être le même que celui figurant au certificat de naissance. Veuillez inclure une copie du certificat de naissance.
2. Indigenous Status (if applicable) Indigenous status of the newborn cannot be confirmed until proper documentation is provided. Please provide one of the following documents as soon as it is available if your baby is First Nations, Inuvialuit, Inuit or Métis: • A copy of a status card (front and back) or a letter from Indigenous Services Canada; • A copy of a letter from the applicable Inuvialuit/Inuit Registrar; or • A copy of a Métis card (front and back) or a letter from a Métis Association or a Métis Local in Canada or NWT.		2. Statut autochtone (s'il y a lieu) Le statut autochtone d'un nouveau-né ne peut être confirmé avant que la documentation requise n'ait été fournie. Veuillez donc nous faire parvenir, dès que possible, l'un des documents suivants si votre bébé est membre des Premières Nations, Inuvialuit, Inuit ou Métis : • Une copie d'une 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 d'une carte de Métis (recto et verso) ou d'une lettre provenant d'une association de Métis du Canada ou des TNO.
Please Note: In order to be eligible for the Métis Health Benefit (MHB) program, you must apply separately. Go to www.hss.gov.nt.ca for the application form and details on eligibility criteria for the MHB program.		Veillez noter : pour être admissible au Régime d'assurance-maladie pour les Métis (RAMM), vous devez présenter une demande séparément. Visitez le www.hss.gov.nt.ca/fr pour vous procurer le formulaire de demande ainsi que de l'information sur les critères d'admissibilité au RAMM.