

# RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE DES TNO

## AVIS DE CHANGEMENT OU DE MISE À JOUR

Les présents renseignements personnels sont recueillis conformément au programme de prestation de soins de santé et serviront à vous inscrire au régime d'assurance-maladie des TNO, si vous y êtes admissible. Ils sont protégés par les dispositions de la loi des TNO sur la protection des renseignements personnels. Pour toute question au sujet de la collecte ou de l'utilisation des renseignements personnels, veuillez joindre le gestionnaire de l'admissibilité au régime d'assurance-maladie au 1-800-661-0830.

### A. Renseignements sur le demandeur (renseignements personnels inscrits à votre dossier du régime d'assurance-maladie)

Nom de famille		Prénom		Second prénom	
Date de naissance (mm/jj/aaaa)			Numéro d'assurance-maladie		
État matrimonial <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Conjoint de fait			Si vous êtes autochtone : <input type="checkbox"/> Premières Nations (FN) <input type="checkbox"/> Inuit ou Inuvialuit (IN) <input type="checkbox"/> Métis (M) <input type="checkbox"/> Métis originaire des TNO (IM)		
<b>Adresse postale</b>					
Numéro et rue, appartement, case postale					
Ville, collectivité ou village		Province ou territoire		Code postal	
N° de tél. à la maison (   )	N° de tél. au travail (   )	N° de tél. cellulaire (   )	Adresse de courriel		

### Renseignements que vous voulez modifier ou mettre à jour

<input type="checkbox"/> Nom	<input type="checkbox"/> Citoyenneté ou statut d'immigrant	<input type="checkbox"/> Autre modification
<input type="checkbox"/> Adresse ou numéro de téléphone	<input type="checkbox"/> Statut autochtone	
<input type="checkbox"/> Genre		

### B. NOUVEAUX renseignements personnels (inscrivez seulement ceux que vous voulez voir modifiés ou mis à jour)

*Vous devrez fournir des documents gouvernementaux officiels pour justifier les changements demandés.*

#### **Voir section E – Renseignements importants**

Nom de famille		Prénom		Second prénom	
Date de naissance (mm/jj/aaaa)			Si vous êtes autochtone : <input type="checkbox"/> Premières Nations (FN) <input type="checkbox"/> Inuit ou Inuvialuit (IN) <input type="checkbox"/> Métis (M)		
<b>Adresse postale</b>					
Numéro et rue, appartement, case postale					
Ville, collectivité ou village		Province ou territoire		Code postal	
N° de tél. à la maison (   )	N° de tél. au travail (   )	N° de tél. cellulaire (   )	Adresse de courriel		

*Formulaire disponible en anglais. Les traductions dans d'autres langues officielles des TNO sont disponibles sur demande dans un délai raisonnable.*

**C. Veuillez dresser la liste des membres de votre famille qui vivent avec vous (conjoint ou conjoint de fait et personnes à charge de moins de 19 ans) et qui auront besoin qu'on apporte les mêmes changements à leur dossier du régime d'assurance-maladie.**

Nom de famille	Prénom(s) Premier et second	Date de naissance (mm/jj/aaaa)	Genre	Citoyenneté ou immigration	Statut autochtone
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> RP <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> PÉ <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	<input type="checkbox"/> FN <input type="checkbox"/> IN <input type="checkbox"/> M
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> RP <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> PÉ <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	<input type="checkbox"/> FN <input type="checkbox"/> IN <input type="checkbox"/> M
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> RP <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> PÉ <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	<input type="checkbox"/> FN <input type="checkbox"/> IN <input type="checkbox"/> M
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> RP <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> PÉ <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	<input type="checkbox"/> FN <input type="checkbox"/> IN <input type="checkbox"/> M

CC – Citoyen canadien; RP – Résident permanent; PT – Permis de travail; PÉ – Permis d'études;  
RC – Réfugié au sens de la Convention ou personne protégée

\*Si vous manquez d'espace, veuillez fournir l'information sur une autre feuille.

**D. Déclaration du demandeur ou de son conjoint**

**Je confirme ce qui suit :**

- Les TNO sont mon lieu de résidence habituel;
- 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 ministères gouvernementaux et d'autres personnes, suivant les besoins.

Signature du <input type="checkbox"/> demandeur <input type="checkbox"/> parent <input type="checkbox"/> tuteur légal	S'il y a lieu,
X _____ / _____ Signature Date de la signature	X _____ / _____ Signature du conjoint Date de la signature

**E. Renseignements importants**

**Vous devez joindre au présent formulaire d'avis de changement ou de mise à jour les documents justificatifs.**

Veuillez joindre les documents appuyant le motif de votre demande de changement ou de mise à jour des renseignements relatifs à votre carte d'assurance-maladie :

**1. Changement d'adresse ou de numéro de téléphone**

Aucun document supplémentaire n'est requis.

**2. Changement de nom**

- Si vous vous êtes marié et voulez porter le nom de genre votre conjoint, veuillez fournir votre certificat de mariage ou l'attestation officielle d'union de fait.
- Si vous avez divorcé et voulez reprendre le nom que vous portiez avant votre mariage ou votre union de fait, veuillez fournir une copie de votre certificat de divorce ou de Nations, cessation de vie commune et un certificat de documents naissance.
- Si vous avez demandé un changement de nom aux termes de la Loi sur le changement de nom, veuillez fournir une copie de votre certificat de changement de nom.
- Si le changement de nom fait suite à une adoption, fournir une copie de l'ordonnance d'adoption ou du certificat d'adoption selon les coutumes autochtones.

**3. Genre**

- Soit une copie de votre certificat de naissance reflétant votre identité sexuelle vécue.
- Soit un formulaire de confirmation de changement de rempli par un professionnel désigné;
- Soit une copie d'un certificat de changement de nom officiel reflétant votre identité sexuelle vécue.

**4. Statut autochtone**

- Si vous indiquez que vous êtes membre des Premières un Inuvialuit, un Inuit ou un Métis, veuillez fournir des pertinents, parmi les suivants :
- Une copie de votre carte de statut (recto et verso) ou une lettre d'Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (AANDC) ;
  - Une copie d'une lettre du registraire inuvialuit ou inuit pertinent ;
  - Une copie d'une carte de Métis (recto et verso) ou une lettre d'une association de Métis ou d'une section locale des Métis du Canada ou des TNO.

\* Veuillez communiquer avec le bureau de l'Administration des services de santé pour obtenir le formulaire de confirmation de changement de genre.