



REQUEST TO ACCESS OR CORRECT YOUR HEALTH INFORMATION

YOUR PERSONAL HEALTH INFORMATION IS COLLECTED UNDER THE *NWT HEALTH INFORMATION ACT* AND WILL NOT BE USED OR DISCLOSED, UNLESS ALLOWED OR REQUIRED BY THIS ACT OR ANY OTHER ACT. INSTRUCTIONS FOR COMPLETING THE FORM ARE ON THE BACK.

DEMANDE D'ACCÈS À VOS RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTÉ OU DE CORRECTION DE VOS RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTÉ

LES RENSEIGNEMENTS DE SANTÉ PERSONNELS SONT RECUEILLIS EN VERTU DE LA *LOI SUR LES RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTÉ* DES TNO, ET NE SERONT PAS UTILISÉS OU DIVULGUÉS, SAUF SI LA PRÉSENTE LOI (OU TOUTE AUTRE LOI) L'AUTORISE OU L'EXIGE. LES INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LE PRÉSENT FORMULAIRE APPARAISSENT AU VERSO.

For accessing or correcting other's health information, please complete the form Request to Access or Correct Health Information on Someone's Behalf.
Pour accéder aux renseignements ou corriger les renseignements d'une autre personne, veuillez remplir le formulaire Demande d'accès aux renseignements sur la santé ou de correction des renseignements sur la santé pour le compte d'une autre personne.

About You / À votre sujet

First Name Prénom	Middle Name Second prénom	Last Name Nom
Mailing Address (P.O. Box No., Street Address, Community and Postal Code) Adresse postale (C. P., adresse municipale, collectivité et code postal)		
NWT Health Care Card Number Numéro de carte d'assurance-maladie des TNO	Date of Birth Date de naissance	
Contact phone no. (optional) N° de téléphone (facultatif)	Email address (optional) Courriel (facultatif)	

About Your Request / Au sujet de votre demande

- To which organization are you making your request? (ie. Name of Hospital, Health Centre, Authority, etc.)
À quel organisme présentez-vous votre demande? (exemples : nom de l'hôpital, du centre de santé, de l'administration de santé, etc.)
- Check the box that indicates what you are requesting. / Cochez la case qui indique ce que vous demandez.
 - Access to own health information / Accès à vos renseignements sur la santé
 - Correction of own health information / Correction de vos renseignements sur la santé

Note: If cost is under \$100.00 there will be no fee. There is no fee for a correction request.
 Note : En deçà de 100 \$, les frais ne sont pas facturés. Il n'y a pas de frais pour une demande de correction.
- If you are requesting access, do you want to: / Si vous faites une demande d'accès, souhaitez-vous :
 - Receive a copy / Recevoir une copie
 - View original (on site only) / Consulter l'original (sur place uniquement)

About the information you want to access or correct

Au sujet des renseignements auxquels vous souhaitez accéder ou que vous souhaitez corriger

- What records do you want to access or correct? Please provide as much detail as possible. If you need more space, attach another sheet of paper.
À quels dossiers souhaitez-vous accéder, ou quels dossiers souhaitez-vous corriger? Veuillez fournir autant de détails que possible. Si vous avez besoin de plus d'espace, utilisez une autre feuille de papier.
- What is the time period of the records? / Quelle période les dossiers couvrent-ils?
 From (mm-dd-yyyy) / Du (mm-jj-aaaa) To (mm-dd-yyyy) / au (mm-jj-aaaa)

Your signature / Votre signature

Applicant Signature / Signature du demandeur	Date / Date
--	-------------

How to complete this form

About you

Enter your personal information.

You must provide two (2) pieces of government issued valid ID with each completed form. One piece of ID should have your photo. If you do not have photo ID, please contact the HIA designated contact person at the organization to whom you are making the request.

About your request

If you need help to find out what records the organization has, please consult the organization's HIA designated contact person.

1. Enter the name of the organization that you believe has the records that you want to access or have corrected.
2. You may be charged a processing fee. We will let you know if there is a charge, prior to processing your request.

About the information you want to access or correct

1. What records do you want to access or correct?
Please be as specific as possible in describing the records. If you need more space, please continue your description on another sheet of paper and attach it to this request form. Examples include: lab reports; counseling notes; prescription information; and important health information if you are moving to another province/territory.
2. Enter the time period of the requested records.
For example, if you are requesting records for the period of January 1, 2001 to December 31, 2002, enter 01-01-2001 to 12-31-2002 in the space provided.

Your signature

Sign and date the form and send it to the organization.

If you need help completing or are not sure where to send the form, please call the **HSS System Navigator** at **1-855-846-9601** for assistance.

Comment remplir le présent formulaire

À votre sujet

Indiquez vos renseignements personnels.

Vous devez fournir deux pièces d'identité valides émises par le gouvernement pour chaque formulaire que vous remplissez. L'une de ces pièces d'identité devrait comporter votre photo. Si vous n'avez pas de pièce d'identité avec photo, veuillez contacter le coordonnateur de la *Loi sur les renseignements sur la santé* de l'organisme auquel vous présentez votre demande.

Au sujet de votre demande

Si vous avez besoin d'aide pour déterminer quels renseignements l'organisme a en dossiers, veuillez contacter le coordonnateur de la *Loi sur les renseignements sur la santé* de l'organisme auquel vous présentez la demande.

1. Indiquez le nom de l'organisme que vous croyez détenteur des renseignements auxquels vous souhaitez accéder ou que vous souhaitez corriger.
2. Des frais de traitement pourraient vous être facturés. Nous vous informerons de tout frais avant de traiter votre demande.

Au sujet des renseignements auxquels vous souhaitez accéder ou que vous souhaitez corriger

1. À quels renseignements souhaitez-vous accéder ou quels renseignements souhaitez-vous corriger?
Soyez aussi précis que possible dans votre description des renseignements. Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez continuer votre description sur une autre feuille de papier et la joindre au présent formulaire de demande. Il pourrait s'agir de rapports de laboratoire, de notes de counseling, des renseignements sur les ordonnances, et des renseignements de santé importants si vous déménagez dans un autre territoire ou une autre province.
2. Indiquez la période concernée pour les documents demandés.
Par exemple, si vous demandez des documents pour la période du 1^{er} janvier 2001 au 31 décembre 2002, indiquez 01-01-2001 au 12-31-2002 dans l'espace prévu à cette fin.

Votre signature

Signez et datez le formulaire et faites-le parvenir à l'organisme concerné.

Si vous avez besoin d'aide pour remplir le présent formulaire ou ne savez pas où l'expédier, téléphonez à l'**intervenant pivot du MSSS** au **1-855-846-9601** pour obtenir de l'aide.