

What's your address?

Has it changed since you
got your Health Card?

Quelle est votre adresse?

A-t-elle changé depuis la réception
de votre carte Santé?

MOVING?

Don't take risks with your health coverage.

***Complete this form and return to:
Ministry of Health and Long-Term Care
PO Box 48
Kingston ON K7L 5J3***

- 1. Fill in your **new address** and the **date** of move.***
- 2. Provide a **telephone number** where you may be reached during the day for more information.***
- 3. Complete for everyone moving to the **same address**. Each person must sign as declaration that the information is true and accurate. (Parent/guardian may sign for children under 16).***

Failure to notify the Ministry may affect your health coverage.

VOUS DÉMÉNAGEZ?

Ne prenez pas de risques touchant votre protection.

***Veillez compléter cette formule et la retourner :
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
CP 48
Kingston ON K7L 5J3***

- 1. Inscrivez votre **nouvelle adresse** et la **date** du déménagement.***
- 2. Inscrivez un **numéro de téléphone** où l'on peut vous rejoindre durant la journée pour plus de renseignements.***
- 3. Remplissez cette section pour chaque personne qui déménage à cette **même adresse**. Chaque personne inscrite doit y apporter sa signature à titre de déclaration que l'information inscrite est exacte et véridique (un parent ou tuteur peut signer pour les enfants en bas de 16 ans).***

La couverture de l'Assurance-santé peut être interrompue si vous n'avisez pas le Ministère.



Change of Address / Changement d'adresse

Microfilm Use Only/Réservé au microfilm

1. New Mailing Address / Nouvelle adresse postale				Date of move / Date du déménagement year / année month / mois day / jour	
Apt. / App.		Street no. & name, R.R., P.O. Box, General delivery / N° et nom de la rue, R.R., C.P., poste restante			
City / Ville		Province	Country / Pays		Postal Code / Code postal
Is your mailing address a rural route, P.O. Box or General Delivery? If it is, give your residence address below. / Si votre adresse postale est une route rurale, boîte postale ou poste restante, veuillez indiquer votre adresse résidentielle ci-dessous.					
Lot, Concession, Township or Street no. & name / Lot, concession, canton, ou numéro et nom de la rue					
City / Ville		Province	Country / Pays		Postal Code / Code postal
2. Telephone / Téléphone		Telephone (home) / Téléphone (domicile) ()		Telephone (business) / Téléphone (bureau) ext. ()	
3. Who is moving? / Qui déménage?					
Last name / Nom de famille			First name / Prénom		
Health Number / Numéro de carte Santé	Version	Date of birth / Date de naissance year / année month/mois day / jour	Signature		
Person 2 / Personne 2			Last name / Nom de famille		
First name / Prénom			Signature		
Health Number / Numéro de carte Santé	Version	Date of birth / Date de naissance year / année month/mois day / jour	Signature		
Person 3 / Personne 3			Last name / Nom de famille		
First name / Prénom			Signature		
Health Number / Numéro de carte Santé	Version	Date of birth / Date de naissance year / année month/mois day / jour	Signature		
Person 4 / Personne 4			Last name / Nom de famille		
First name / Prénom			Signature		
Health Number / Numéro de carte Santé	Version	Date of birth / Date de naissance year / année month/mois day / jour	Signature		

Collection of the personal health information on this form is for assessment and verification of eligibility for Ontario health insurance coverage, or related programs, health planning and research, and the administration of the Health Insurance Act and Ontario Drug Benefit Act. The authority for the collection and use of this information is found in the Personal Health Information Protection Act, S.O. 2004, s 36, the Health Insurance Act, R.S.O.1990, c. H.6, s. 2(3) and 4.1(1) and (2) and the Ontario Drug Benefit Act, R.S.O. 1990, C.O. 10, s.13 (1) and (2). The information may be used and disclosed in accordance with the Personal Health Information Protection Act as set out by the "Ministry of Health and Long-Term Care Statement of Information Practices" which may be accessed at www.health.gov.on.ca. I understand that I may withhold consent to the collection of this information, however this may interfere with the provision of my Ontario health insurance coverage. For information about collection practices, call 1 800 268-1154 or write to the Director, Registration and Claims Branch, Box 48, Kingston ON K7L 5J3.

Les renseignements personnels demandés dans la présente formule sont recueillis aux fins de l'évaluation et de la vérification de l'admissibilité à l'Assurance-santé de l'Ontario, des programmes qui y sont reliés, de la planification des services de santé et de la recherche ainsi que de l'administration de la Loi sur l'assurance-santé et de la Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario. Ces renseignements sont recueillis et utilisés à ces fins en vertu de la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé L.O. 2004, art. 36, de la Loi sur l'assurance-santé, L.R.O. 1990, chap. H.6, par. 2 (3) et 4.1 (1) et (2) et de la Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario, L.R.O. 1990, chap. 10, par. 13 (1) et (2). Ces renseignements peuvent être utilisés et divulgués conformément aux dispositions de la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé, tel qu'énoncé dans la Déclaration concernant les pratiques en matière d'information du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, que l'on peut consulter dans le site www.health.gov.on.ca. Je comprends que je peux refuser de consentir à la cueillette de ces renseignements. Cependant, cela peut entraver ma protection d'Assurance-santé de l'Ontario. Pour obtenir plus de précisions sur la collecte de ces renseignements, veuillez composer le 1 800 268-1154 ou écrire au directeur de l'inscription et des demandes de règlement, CP 48, Kingston ON K7L 5J3.