

## Health Card Renewal – Child

Read the instructions before completing this form.

- ✓ A separate form is needed for each child.
- ✓ Complete the form and indicate any changes to your child's address if he/she has recently moved.
- ◆ If your child's mailing address is different from his/her residential (physical) address, please complete both the mailing and residential address sections of the form.

e.g.

Mailing Address:  
RR1, London ON N0N 1N0

Residential Address:  
195 Anywhere St., London ON N0P 1P2

- ✓ Don't forget to sign the form.

- 1 If you recently received a Renewal Notice for your child that indicated you could complete your child's health card renewal by mail, please mail the completed form to:

ServiceOntario  
PO Box 48  
Kingston ON K7L 5J3

- 2 If you recently received a notice that indicated you must visit an office to renew your child's health card, please take the completed form with you to a **ServiceOntario Health Card Services – OHIP location**.
  - ◆ Health Card Services – OHIP locations may be found on the ServiceOntario website or by calling the Health Card Information System.
  - ◆ If none of these locations is convenient for you, please call ServiceOntario at 1 888 376–5197 and inquire about Outreach services for smaller communities. For teletypewriter (TTY) service, call 1 800 387–5559.
  - ◆ Also take your **original** document from **List 2** and **List 3** on the **Ontario Health Coverage Document List**. If you do not have an original document from each list, **obtain them before** you visit a Health Card Services – OHIP office. Please note that a document used for **List 2** may not be used for **List 3**; two separate documents are required.

- 3 If you are unsure whether you may mail your child's health card renewal form or if you need to visit a ServiceOntario location, please call 1 888 376–5197 for information. For TTY service, call 1 800 387–5559.

**For additional information visit**

www.ServiceOntario.ca **or**  
www.health.gov.on.ca

**OR**

Call the Health Card Information System at  
1 800 664–8988

## Renouvellement de la Carte Santé – Enfant

Veillez lire les instructions suivantes avant de remplir cette formule.

- ✓ Vous devez remplir une formule par enfant.
- ✓ Remplissez la formule.
- ◆ Si l'adresse postale de votre enfant est différente de son adresse domiciliaire (physique), veuillez remplir les deux espaces réservés à ces adresses dans la formule.

Exemple.

Adresse postale :  
RR1, London ON N0N 1N0

Adresse domiciliaire :  
195 rue Anywhere, London ON N0P 1P2

- ✓ N'oubliez pas de signer la formule.

- 1 Si vous avez reçu dernièrement un avis de renouvellement adressé à votre enfant et indiquant que vous pouviez effectuer le renouvellement de sa carte Santé par courrier, veuillez renvoyer la formule dûment remplie à l'adresse suivante :

ServiceOntario  
CP Box 48  
Kingston ON K7L 5J3

- 2 Si vous avez reçu dernièrement un avis indiquant que vous deviez vous rendre à un bureau pour renouveler la carte Santé de votre enfant, veuillez présenter la formule dûment remplie à un **bureau de l'Assurance-santé – Services de la carte Santé de ServiceOntario**.
  - ◆ Vous trouverez l'adresse des points de service de l'Assurance-santé – Services de la carte Santé dans le site Web de ServiceOntario, ou en appelant le Système d'information sur la carte Santé.
  - ◆ Si les points de service indiqués ne vous conviennent pas, veuillez appeler ServiceOntario au 1 888 376–5197 et vous renseigner sur les services itinérants offerts dans les petites localités. Pour obtenir le service ATS, composez le 1 800 387–5559.
  - ◆ Vous devez également apporter votre document **original** de la **liste 2** et de la **liste 3**. Ces listes se trouvent dans la **Liste de documents pour l'Assurance-santé de l'Ontario**. S'il vous manque un document original de l'une ou l'autre liste, **veuillez l'obtenir avant** de vous rendre au bureau de l'Assurance-santé – Services de la carte Santé. Sachez qu'un document de la **liste 2** ne peut pas remplacer un document de la **liste 3**. Vous devez remettre deux documents distincts.

- 3 Dans le cas où vous ne savez pas exactement si vous devez envoyer la formule de renouvellement de la carte Santé de votre enfant par courrier ou si vous devez vous rendre à un point de service de ServiceOntario, veuillez composer le 1 888 376–5197 pour vous renseigner. Pour obtenir le service ATS, composez le 1 800 387–5559.

**Pour en savoir plus, visitez :**

www.ServiceOntario.ca **ou**  
www.health.gov.on.ca

**OU**

Appelez le Système d'information sur la carte Santé au  
1 800 664–8988

## Health Card Renewal – Child Renouvellement de la Carte Santé – Enfant

Health Number / N° de carte Santé

Audit ID / N° de vérification

Last name, first name, middle name and mailing address Nom de famille, prénom, deuxième prénom et adresse postale		Mailing address changes / Nouvelle adresse postale
Residential address / Adresse domiciliaire		Residential address changes / Nouvelle adresse domiciliaire
Child's date of birth / Date de naissance de l'enfant  YYYYAAAA      MMMM      DDJJ	Child's Birth Registration Number / Citizenship / Immigration Document Number Numéro d'enregistrement de l'enfant / Citoyenneté / Numéro du document d'immigration	

**I confirm that:**

- My child's primary place of residence is and will continue to be in Ontario.
- My child will be physically present in Ontario for at least 153 days in any twelve-month period to retain OHIP coverage.
- The information I have provided on this form, and in the documents I have provided, is true and accurate.
- I authorize you to obtain my child's Birth Registration Number from the Ontario Registrar General if I have not provided it above.

**I understand that:**

- If there is any change in my child's name, address, citizenship or immigration status, I will inform the Ministry of Health and Long-Term Care or its agent, ServiceOntario, within 30 days.
- It is an offence to knowingly provide false information in, or in relation to, this application.

**Je confirme que :**

- L'Ontario est et continuera d'être le lieu de résidence habituel de mon enfant.
- Mon enfant sera physiquement présent en Ontario pendant au moins 153 jours au cours d'une période donnée de 12 mois pour demeurer admissible à l'Assurance-santé.
- Les renseignements que j'ai fournis sur la présente formule et dans les documents exigés sont véridiques et exacts.
- J'autorise le ministère à obtenir le numéro d'enregistrement de naissance de mon enfant auprès du registraire général de l'état civil de l'Ontario si je ne l'ai pas indiqué ci-dessus.

**Je comprends que :**

- S'il y a un changement au nom, à l'adresse, à la citoyenneté ou au statut d'immigrant de mon enfant, j'en aviserai dans les 30 jours le ministère de la Santé et des Soins de longue durée ou son agent, ServiceOntario.
- Le fait de fournir sciemment des renseignements erronés dans ma demande ou relativement à ma demande constitue une infraction.

Parent / Guardian Name ( <i>please print</i> ) Nom du père/mère/tuteur(trice) ( <i>en lettres moulées</i> )	Signature of / Signature ___ parent / du père ou de la mère ___ guardian / du tuteur ou de la tutrice <b>X</b>	Date
Parent/Guardian Health Number (10 digits) N° de carte Santé/père/mère/tuteur(trice) (10 chiffres)	Telephone ( <i>home</i> ) / Téléphone ( <i>maison</i> ) (       )	Work or other telephone no. N° de téléphone au travail ou ailleurs (       )

This information may be verified using information from government and non-government organizations as permitted by law. The Ministry of Health and Long-Term Care or its agent, ServiceOntario, may verify your residence status and any information you have given on this form and in the documents you have provided.

Ces renseignements peuvent être vérifiés à l'aide de renseignements provenant du gouvernement et d'organismes non gouvernementaux si la loi l'autorise. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée ou son agent, ServiceOntario peut vérifier votre résidence actuelle et les renseignements fournis sur la présente formule et dans les documents exigés.

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 the *Ontario Drug Benefit Act*. The information may be used and disclosed in accordance with the *Personal Health Information Protection Act*, 2004, and 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](http://www.health.gov.on.ca). I understand that I may withhold my consent to the collection of this information; but that in doing so may interfere with the provision of my Ontario health insurance coverage. For more information, please call ServiceOntario INFOLine at 1 800 268-1154.

Les renseignements personnels fournis dans le présent formulaire sont réunis aux fins d'évaluation et de vérification de l'admissibilité à l'Assurance-santé de l'Ontario, ou aux programmes annexes, de planification et recherche en matière de santé, ainsi que d'administration de la *Loi sur l'assurance-santé* et de la *Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario*. Ces renseignements peuvent être utilisés et divulgués en conformité avec la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* et la *Déclaration concernant les pratiques en matière d'information* du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, qui se trouve dans le site Web [www.health.gov.on.ca](http://www.health.gov.on.ca). Je comprends que je peux refuser de consentir à fournir ces renseignements, mais que cela peut avoir des conséquences sur la couverture dont je bénéficie dans le cadre de l'Assurance-santé de l'Ontario. Pour obtenir d'autres renseignements, veuillez composer le 1 800 268-1154 (ligne INFO de ServiceOntario).

<b>Ministry use only / Réservé au ministère</b>		Health Number	Version code	Date	P. Clerk number	Initials
Cit.	Name on document		Cit type	Effective date		End date
	Document type	Issued by	Document no.			Client ID
Res	Document type	Document source	Id	Document type	Document source	Organ donor
						Exemptions ___ A    ___ P    ___ S