Health Card Medical Exemption Request

Please read these instructions before completing the form.

This form is for use by individuals who, for **medical reasons** cannot go to a ServiceOntario centre to have their photo or signature captured. It may also be used by individuals who can go to a ServiceOntario centre but, for **medical reasons** cannot have their photo or signature captured. For example, an individual may not be able to sign their name while they are recovering from an accident or surgery.

Part A - Health Card Holder Information

To be completed by the health card holder or his or her legal representative (must provide appropriate document as proof).

Part B - Declaration of Health Care Provider

To be completed by the health card holder's **physician** or **nurse practitioner.**

Bring the completed Health Card Medical Exemption Request form to a ServiceOntario centre. Also bring the following:

1. A completed health card registration, renewal or re-registration form.
2. Supporting documents for the cardholder as shown on the Ontario Health Insurance Coverage Document List. One original document from each of the 3 categories is required.
3. A document supporting a legal representative's status such as Power of Attorney document.

Need more information?

- Visit:
  ServiceOntario.ca/HealthCard **or**
  www.health.gov.on.ca
- Call ServiceOntario at:
  Toll-Free: 1-866-532-3161
  TTY toll-free: 1-800-387-5559

Demande d'exemption médicale - Carte Santé

Veuillez lire les instructions suivantes avant de remplir le formulaire.

Ce formulaire doit être utilisé par les personnes qui, pour des **raisons médicales**, ne peuvent se rendre à un centre ServiceOntario pour se faire prendre en photo ou saisir leur signature. Il peut également être utilisé par les personnes qui peuvent se rendre à un centre ServiceOntario, mais qui, pour des **raisons médicales**, ne peuvent se faire prendre en photo ou saisir leur signature. Par exemple, une personne peut ne pas être en mesure de signer son nom lorsqu'elle se remet d'un accident ou d'une opération.

Partie A : Renseignements sur le titulaire de la carte Santé

À être remplie par le titulaire ou le représentant légal (un document justificatif doit être fourni à cet égard).

Partie B : Déclaration du fournisseur de soins de santé

À être remplie par le médecin ou par **l'infirmier ou infirmière praticien(ne)** du titulaire de la carte.

Apporter le formulaire Demande d'exemption médicale – Carte Santé dûment rempli à un centre ServiceOntario, et ce qui suit :

1. Un formulaire, dûment rempli, d'inscription, de renouvellement ou de réinscription à la carte Santé.
2. Les documents justificatifs visant le titulaire, selon la Liste de documents pour l'Assurance-santé de l'Ontario. Un document original pour chacune des 3 catégories est exigé.
3. Le cas échéant, un document justificatif visant le représentant légal (une procuration, par exemple).

Pour en savoir plus ?

- Visitez les sites Web :
  ServiceOntario.ca/CarteSante **ou**
  www.health.gov.on.ca
- Téléphonez à ServiceOntario :
  Sans frais : 1-866-532-3161
  ATS sans frais : 1-800-387-5559

© Queen's Printer for Ontario, 2014 / © Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2014

Ontario | ServiceOntario

Health Card Medical Exemption Request
Demande d'exemption médicale – Carte Santé

Microfilm Use Only / Réservé au microfilm

Part A - Health Card Holder Information (to be completed by applicant or legal representative)
Partie A : Renseignements sur le titulaire de la carte Santé (à être remplie par le demandeur ou le représentant légal)

Exemption(s) Requested: / Exemption(s) demandée(s) :

- ☐ Photo / Photo
- ☐ Signature / Signature
- ☐ Photo and Signature / Photo et Signature

Health Number / Numéro de carte Santé	Version / Version	Date of Birth / date de naissance yyyy/aaaa m/m d/j

Last Name / Nom de famille	First Name / Prénom	Middle Name / Second

Street number and name / Numéro civique et nom de rue	City, Town, Village / Ville ou village

Postal Code / Code Postal	Home Telephone Number / Numéro de téléphone à domicile ( )

Declaration / Déclaration

I declare the information I have given in this form and any documents I have provided are true and accurate. I understand that it is an offence to provide false information knowingly. / Je déclare que les renseignements que j'ai fournis dans le présent formulaire et les documents exigés sont véridiques et exacts. Je comprends que fournir sciemment de faux renseignements constitue une infraction.

Signature of Applicant or Legal Representative / Signature du demandeur ou du représentant légal	Date yyyy/aaaa m/m d/j

Part B - Declaration of Health Care Provider (complete both sections)
Partie B : Déclaration du fournisseur de soins de santé (remplir les deux sections)

1. Assessment of Condition / Évaluation de la situation médicale

The following is my professional opinion with respect to the exemption(s) requested by the applicant: / Voici mon opinion professionnelle au sujet de la ou des exemptions demandées :

The condition(s) is/are expected to be: / La situation médicale :

- ☐ Permanent / est permanente, ou du moins semble l'être.
- ☐ Subject to Change (Requires health reassessment in 5 years) / est temporaire une réévaluation devra être faite dans 5 ans).

2. Health Care Provider Information / Renseignements sur le fournisseur de soins de santé

I am registered with: / Je suis inscrit auprès de :

- ☐ College of Physicians & Surgeons of Ontario / l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
- ☐ College of Nurses of Ontario - Registered Nurse (Extended Class) / l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario - Infirmière / Infirmier autorisé (catégorie spécialisée)

Please Print or Stamp **Name & Address** of Health Care Provider / Veuillez écrire en lettres moulées ou estampiller le **nom et l'adresse** de fournisseur de soins de santé

Signature of Health Care Provider / Signature du fournisseur de soins de santé	Date yyyy/aaaa m/m d/j

Health Care Provider's College Number / Numéro de membre du fournisseur de soins de santé	Telephone Number / Numéro de téléphone ( )

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. 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. 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).

Ministry Use Only	Processing Clerk Number	Initials	Date

© Queen's Printer for Ontario, 2014 / © Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2014