Ontario

Microfilm use only / Réservé au microfilm

Health Card Renewal
Renouvellement de la carte Santé

Health Number / Nº de carte Santé

Audit ID / Nº 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

Date of birth / Date de naissance	Official language preference / Langue officielle de préférence	Sex / Sexe
YYYYAAAA MM DDJJ		

I confirm that:

- I make and intend to continue making Ontario my primary place of residence.
- I will be physically present in Ontario for at least 153 days in any twelve-month period to retain my OHIP coverage.
- The information I have provided on this form, and in the documents I have provided, is true and accurate.

I understand that:

- If there is any change in my name, address, citizenship or immigration status, I will inform the Ministry of Health 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 mon lieu de résidence habituelle.
- Je serai physiquement présent(e) en Ontario pendant au moins 153 jours au cours de toute période donnée de12 mois pour demeurer admissible à l'Assurance-santé de l'Ontario.
- Les renseignements que j'ai fournis sur le présente formulaire et dans les documents exigés sont véridiques et exacts.

Je comprends que :

- En cas de changement à mon nom, mon adresse, ma citoyenneté ou mon statut d'immigrant, j'aviserai dans les 30 jours le ministère de la Santé ou son agent, ServiceOntario.
- Le fait de fournir sciemment des renseignements erronés dans ma demande ou relativement à ma demande constitue une infraction.

Name / Nom (please print / en lettres moulées)	Telephone (home) / Téléphone (maison)	Work or other telephone no. Nº de téléphone au travail ou ailleurs
	( )	( )

Signature of / Signature	Date
___ applicant / de l'auteur de la demande ___ parent / du père ou de la mère ___ guardian / du tuteur ou de la tutrice **X** ___ power of attorney / du mandataire d'une procuration	

This information may be verified using information from government and non-government organizations as permitted by law. The Ministry of Health 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 ou son agent, ServiceOntario, peut vérifier votre résidence actuelle et les renseignements fournis sur le présente formulaire 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 Statement of Information Practices" which may be accessed at https://www.health.gov.on.ca/en/public/publications/information/state_of_info.aspx. 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 sur la santé fournis dans le présent formulaire sont réunis aux fins d'évaluation et de vérification de l'admissibilité à l'Assurance-santé ou à des programmes connexes, de planification et de 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*. Les renseignements réunis peuvent être utilisés et divulgués en vertu de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, et conformément à l'« Énoncé des pratiques touchant l'information du Ministère de la Santé », qui se trouve sur le site https://www.health.gov.on.ca/fr/public/publications/information/state_of_info.aspx. Je comprends que je peux refuser de consentir à fournir ces renseignements, mais que cela peut avoir des conséquences sur la couverture de mon Assurance-santé. Pour en savoir plus, veuillez appeler la ligne INFO de ServiceOntario, au 1-800-268-1154.

Ministry use only / Réservé au ministère	Health Number	Version code	Date	P. Clerk number	Initials

Cit.	Name on document			Cit type		Effective date				End date
	Document type	Issued by			Document number					Client ID
Res	Document type	Document source	HL	**Id.**	Document type	Document source	HL	Organ donor		Exemptions ___ A ___ P ___ S

© Queen's Printer for Ontario, 2022 / © Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2022

Ontario

Health Card Renewal

Read the instructions before completing this form.

- A separate form is needed for each person.
- Complete and sign the form.
  - If your mailing address is different from your 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.
- Take the completed form with you to a ServiceOntario centre.
  - ServiceOntario centres may be found at ServiceOntario.ca/findservices
- Also take an 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 ServiceOntario centre. Please note that a document used for List 2 may not be used for List 3; two separate documents are required.
  - If your citizenship or immigration status has changed since you obtained your current photo health card, also take your new **original** document from **List 1.**

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
For teletypewriter (TTY) service,
call 1-800-387-5559.

Renouvellement de la carte Santé

Veuillez lire les instructions suivantes avant de remplir ce formulaire.

- Vous devez remplir un formulaire par personne.
- Remplissez et signez le formulaire.
  - Si votre adresse postale est différente de votre adresse domiciliaire (physique), veuillez remplir les deux espaces réservés à ces adresses dans le formulaire.

    Exemple.
    Adresse postale :
    RR1, London ON N0N 1N0

    Adresse domiciliaire :
    195 rue anywhere, London ON N0P 1P2
- N'oubliez pas de signer le formulaire.
- Présentez le formulaire dûment remplie à un centre ServiceOntario.
  - Vous trouverez l'adresse des centres ServiceOntario à : ServiceOntario.ca/trouverservices
- Vous devez également apporter un document original de la liste 2 et de la liste 3. Celles-ci 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 centre ServiceOntario. Sachez qu'un document de la liste 2 ne peut pas être utilisé aussi comme un document de la liste 3. Vous devez remettre deux documents distincts.
  - Si votre citoyenneté ou votre statut d'immigrant a changé depuis que vous avez obtenu la carte Santé avec photo que vous détenez actuellement, vous devez aussi apporter votre nouveau document **original** de la **liste 1**.

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
Pour obtenir le service ATS, composez le
1-800-387-5559.

4297–82 (2022/06)
© Queen's Printer for Ontario, 2022 / © Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2022
7530–5702