Ontario

Ministry of Health and Long-Term Care | **Ministère de la Santé et des Soins de longue durée**

Microfilm use only / Réservé aux microfilms

Health Number/Numéro de carte Santé	Version

Ministry Use Only/Réservé au ministère

Health Number Release

Divulgation du numéro de carte Santé

This form may be submitted to the Ministry of Health and Long-Term Care when the Health Number of a patient is not available.

La présente formule peut être envoyée au ministère de la Santé et des Soins de longue durée lorsque le numéro de carte Santé d'un patient ou d'une patiente n'est pas disponible.

Confidential when completed/Renseignements confidentiels

1. Patient/Patiente

A. General Information/Renseignements généraux

Last name/Nom de famille	First name/Prénom

Middle name/Deuxième prénom	Sex/Sexe	Birth date/Date de naissance (year/année, month/mois, day/jour)
	☐ M ☐ F	

If an alternate last name is known, please provide/Si vous avez un deuxième nom de famille, inscrivez ici

B. Health Number Disclosure/Divulgation du numéro de carte Santé

The Ministry of Health and Long-Term Care will give your Health Number to the health care provider/facility.

I agree to allow the Ministry of Health and Long-Term Care to release my Health Number to the health care provider/facility listed below.

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée donnera votre numéro de carte Santé au fournisseur/à la fournisseuse ou à l'établissement de soins de santé.

J'autorise le ministère de la Santé et des Soins de longue durée à divulguer mon numéro de carte Santé au fournisseur ou à l'établissement de soins de santé dont le nom figure ci-dessous.

Collection of the information on this form is for the assessment and verification of eligibility for Health Insurance and Drug Benefit and administration of the Health Insurance and Ontario Drug Benefit Acts, and for health planning and coordination. It is collected/used for these purposes under the authority of the Ministry of Health Act, section 6(1,2), Health Insurance Act, section 4(2) (b,f), 10, 11(1), and Regulation 201/96 under the Ontario Drug Benefit Act, section 2. For information about collection practices, call 1 800 268–1154, in Toronto (416) 314–5518, or write to the Director, Registration and Claims Branch, P.O. Box 48, 49 Place d'Armes, Kingston ON K7L 5J3.

Les renseignements demandés dans cette formule sont réunis aux fins d'évaluation et de vérification de l'admissibilité à l'assurance-santé et aux prestations de médicaments gratuits, aux fins d'administration de la *Loi sur l'assurance-santé* et de la *Loi de 1986 sur le régime de médicaments gratuits de l'Ontario*, et aux fins de planification et de coordination des services de santé. Ces renseignements sont réunis ou utilisés à ces fins en vertu de la *Loi sur le ministère de la Santé*, paragraphes 6(1),(2), de la *Loi sur l'assurance-santé*, alinéas 4(2)b),f), article 10, paragraphe 11(1), et du Règlement 201/96 pris en application de la *Loi de 1986 sur le régime de médicaments gratuits de l'Ontario*, paragraphe 2. Pour plus de précisions sur la collecte de ces renseignements, faites le 1 800 268–1154 ou, à Toronto, le (416) 314–5518, ou écrivez au directeur ou à la directrice de l'inscription et des demandes de règlement, C.P. 48, 49, Place d'Armes, Kingston ON K7L 5J3.

Signature of	Date
☐ applicant ☐ legal guardian ☐ parent ☐ power of attorney **X**	

Home phone number / Téléphone (domicile)	Business phone number / Téléphone (bureau)
( )	( )

A parent or guardian may sign for a child under 16 years of age. An attorney under continuing power of attorney, an attorney under power of personal care, or a legal guardian may also sign on behalf of an individual of any age.

Le père, la mère ou le tuteur, la tutrice peuvent signer pour un enfant de moins de 16 ans.

2. Provider/Facility / Fournisseur/Fournisseuse/Établissement

Provider no./Nº du fournisseur	Provider's phone number / Nº de téléphone du fournisseur
	( )

Facility no./Nº de l'établissement	Facility phone number / Nº de téléphone de l'établissement
	( ) –

The Health Number of the patient will be returned to the provider/facility listed here.

Le numéro de carte Santé du patient/de la patiente sera transmis au fournisseur/à la fournisseuse/à l'établissement de soins de santé dont le nom figure ci-dessous.

Date of service/Date de prestation du service (year/année, month/mois, day/jour)

Provider/Facility name and address/Nom et adresse du fournisseur

Ministry Use Only/Réservé au ministère	
Date received	
Date processed	Processed by

©Queen's Printer for Ontario, 2005 ©Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2005