Ontario **Ministry of Health**

Primary Health Care Enrolment Material Order Form

Print clearly and mail or fax the completed form to:
OSS Forms, Print and Distribution
Primary Care Project
355 Carlingview Drive, Unit 4 Toronto ON M9W 5G8
Tel: 1 888 295-5919 Fax: 1 888 295-5216
Email: PrimaryCareOSS@ontario.ca

Ministry Use Only

Physician Information

First Name | Last Name

Name of Primary Health Care Group

Group Type
☐ CCM ☐ FHN ☐ GHC ☐ RNPGA 1
☐ FHG ☐ FHO ☐ BSM ☐ RNPGA 2
☐ Other Specialized (specify below)

Shipping Address

Unit No. | Street No. | Street Name | City/Town | Postal Code

Contact Name (First Name, Last Name) | Email Address

Telephone No. | Extension | Fax No.

Imprinting of Enrolment Materials

☐ Imprint with physician's name and group name ☐ Imprint with physician's name, group name and address (if different from shipping address, fill out address below) ☐ No imprinting

Unit No. | Street No. | Street Name | City/Town | Postal Code

Enrolment Materials (Indicate items being requested)

		Quantity English	Quantity Bilingual
☐ Patient Enrolment and Consent to Release Personal Health Information form	☐ Individual (English Form 4383-80) (Bilingual Form 4408-80) ☐ Group (English Form 4391-80) (Bilingual Form 4453-80) *If you are unsure whether you require individual or group enrolment forms, refer to the Getting Started Patient Enrolment Guide for Physicians and Staff or contact your lead physician.*		
☐ Enrolment Kits	English kits - *include English language Patient Enrolment and Consent to Release Personal Health Information form, Brochure, optional standard letter (as provided) and Business Reply Envelope* ☐ Individual (English Form 4383-80) ☐ Group (English Form 4391-80)		**N/A**
	Bilingual kits - *include Bilingual Patient Enrolment and Consent to Release Personal Health Information form, both English and French Brochure, optional standard letter (as provided) and Business Reply Envelope* ☐ Individual (Bilingual Form 4408-80) ☐ Group (Bilingual Form 4453-80)	**N/A**	
☐ Reminder Post Cards *(to be mailed out to the patients to follow-up on enrolment kits)*		**N/A**	
☐ Business Reply Envelopes *(to be used only for patients to return completed forms)*		**N/A**	
☐ Patient Enrolment Batch Header - 25 Forms/Pad (Form 4316-84)		**N/A**	
☐ Request to Remove a Patient - 25 Forms/Pad (Form 3624-84)		**N/A**	
☐ New Patient Declaration - 25 Forms/Pad (Form 4367-84)		**N/A**	
☐ Unattached Patient Declaration - 25 Forms/Pad (Form 4431-84)		**N/A**	

☐ Patient Information Brochures are available in any of the following languages. Please specify language and quantity.

Language	Quantity	Language	Quantity	Language	Quantity	Language	Quantity
Arabic		Farsi		Korean		Tamil	
Chinese simplified		French		Polish		Ukranian	
Chinese traditional		Greek		Portuguese		Urdu	
Croatian		Hindi		Punjabi			
English		Italian		Spanish		**Braille**	

Order Confirmation

Group Registration No. (e.g. FXXX/BXXX) | Billing No. | Order Placed by **X** | Date *(yyyy/mm/dd)*

 © King's Printer for Ontario, 2022 / © Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2022

Ontario

Ministère de la Santé

Soins de santé primaires
Demande de documents pour l'inscription

Écrire en lettres moulées et poster ou télécopier le formulaire rempli à :

Services de formulaires, d'imprimerie et de distribution - SCO
Projet sur les soins primaires
355 Carlingview Drive, Unit 4 Toronto ON M9W 5G8
Tél : 1 888 295-5919 Télécopieur : 1 888 295-5216
Courriel : PrimaryCareOSS@ontario.ca

Réservé au ministère

Renseignements sur le médecin

Prénom	Nom de famille	Type de groupe (p. ex. GSF, RSF, OSF)
		☐ MSI ☐ RSF ☐ PSS ☐ EGMMRN 1 ☐ GSF ☐ OSF ☐ MSC ☐ EGMMRN 2 ☐ Autre (précisez)
Nom du groupe de soins de santé primaires		

Adresse de livraison

N° d'unité	N° de rue	Nom de la rue	Ville/ Localité	Code postal

Nom de la personne-ressource (prénom, nom)		Courriel
N° de téléphone	Poste	N° de télécopieur

Imprimer les documents pour l'inscription

☐ Imprimer le nom du médecin et nom du groupe ☐ Imprimer le nom du médecin, nom du groupe et l'adresse de livraison (Si différente de l'adresse de livraison, écrire l'adresse ci-dessous) ☐ Sans imprimer

N° d'unité	N° de rue	Nom de la rue	Ville/ Localité	Code postal

Documents pour l'inscription (Indiquer les éléments demandés)

		Quantité Anglais	Quantité Bilingue
☐ Formulaire d'inscription du patient et consentement à la divulgation de renseignements médicaux personnels	☐ Particulier (Formulaire en anglais 4383-80) (Formulaire bilingue 4408-80) ☐ Groupe (Formulaire en anglais 4391-80) (Formulaire bilingue 4453-80) *Pour déterminer s'il faut utiliser un formulaire pour particulier ou pour groupe, consultez le Getting Started Patient Enrolment Guide for Physicians and Staff ou demandez au médecin responsable du groupe.*		
☐ Trousses d'inscription	Trousses en anglais – *incluent le formulaire d'inscription du patient et consentement à la divulgation de renseignements médicaux personnels, la brochure, la lettre-type facultative (telle que fournie) et une enveloppe-réponse* ☐ Particulier (Formulaire en anglais 4383-80) ☐ Groupe (Formulaire bilingue 4391-80)		**s.o.**
	Trousses bilingues – *incluent le formulaire d'inscription du patient et consentement à la divulgation de renseignements médicaux personnels bilingue, la brochure en anglais et en français, la lettre-type facultative (telle que fournie) et une enveloppe-réponse* ☐ Particulier (Formulaire en anglais et français 4408-80) ☐ Groupe (Formulaire bilingue 4453-80)	**s.o.**	
☐ Cartes postales de rappel *(à envoyer aux patients pour assurer le suivi après l'envoi des trousses d'inscription)*		**s.o.**	
☐ Enveloppes-réponses *(les patients doivent les utiliser uniquement pour renvoyer les formulaires remplis)*		**s.o.**	
☐ En-tête de lot de formulaires d'adhésion des patients - 25 formulaires/bloc-note (Formulaire 4316-84)		**s.o.**	
☐ Demande de retrait d'un patient - 25 formulaires/bloc-note (Formulaire 3624-84)		**s.o.**	
☐ Déclaration d'un nouveau patient - 25 formulaires/bloc-note (Formulaire 4367-84)		**s.o.**	
☐ Déclaration du patient orphelin - 25 formulaires/bloc-note (Formulaire 4431-84)		**s.o.**	

☐ Les brochures d'information des patients sont disponibles dans les langues suivantes. Préciser la langue et la quantité.

Langue	Quantité	Langue	Quantité	Langue	Quantité	Langue	Quantité
Arabe		Farsi		Coréen		Tamil	
Chinois simplifié		Français		Polonais		Ukrainien	
Chinois traditionnel		Grec		Portugais		Urdu	
Croate		Hindi		Punjabi			
Anglais		Italien		Espagnol		**Braille**	

Confirmation de la commande

N° d'inscription du groupe (p. ex. FXXX/BXXX)	N° de facturation	Commande passée par	Date *(aaaa/mm/jj)*
		X	

 © King's Printer for Ontario, 2022 / © Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2022