

Please be sure to have all supporting documents with you.

Veillez vous assurer d'apporter tous les documents exigés.

### A. Personal information

### A. 个人信息

All applicants must complete this section.

所有申请者都必须填写这一部分。

If your mailing address is a P.O. Box, Rural Route, or General Delivery, then you must provide your civic address in the residence address section. You will be asked to provide a document that proves your primary place of residence is in Ontario. Please refer to the Ontario Health Insurance Coverage Document List for acceptable documents that can be presented for residency.

如果您的邮寄地址是邮政信箱、农村路线或普通快递，那么您必须在居住地址部分提供您的城市地址。您将被要求提供一份证明您的主要居住地在安大略省的文件。请参阅安大略省健康保险覆盖文件列表，了解可接受的居留文件。

### B. New or Returning Residents of Ontario

### B. 安大略省的新居民或归国居民

If you are new to Ontario or you are returning from an absence from Ontario, complete this section.

如果你是安大略的新移民，或者你从安大略休假回来，请完成这一部分。

### C. Agreement

### c协议

If you are over the age of 16 you must read and sign this section. Your photograph will be taken and will appear on your Health Card. A parent or legal guardian may sign for applicants under the age of 16 years.

如果您已年满16岁，您必须阅读并签署本条款。您的照片将被拍摄并显示在您的健康卡上。家长或法定监护人可以为16岁以下的申请人签名。

Note: Health Cards for children under 15 1/2 years age:

注:未满15岁半儿童健康卡:

a) Children under 15 1/2 years of age will not have a photograph taken therefore they do not need to be present to be registered. A parent or legal guardian should bring the child's original documents and this form to a ServiceOntario / Health Card Services (OHIP) Office.

a) 15岁半以下的儿童不需要拍照，因此他们不需要在登记时在场。家长或法定监护人应携带孩子的原始文件 and 此表格到安大略省服务局/健康卡服务(OHIP)办公室。

b) If you have a child who will be turning 16 within the next 6 months, he/she can obtain a photo Health Card and will need to apply in person.

b)如果您的孩子在未来6个月内将满16岁，他/她可以获得一张带照片的健康卡，并且需要亲自申请。

Registration for Ontario Health Insurance Coverage

If you are a new or returning to Ontario, complete sections A, B and C. If you are renewing your photo Health Card, complete sections A and C.

Refer to the Ontario Health Coverage Document List for the list of documents you will need to present with your application. Please print and use a blue or black pen.

Microfilm use only

Facility Use Only

Table with 2 columns: Number, Reference Number

A. Personal Information 个人信息

Form A: Personal Information. Fields include Last Name, First Name, Middle Name, Sex, Date of Birth, Official language preference, Health Number, Home Telephone Number, Mailing Address, Residence Address, etc.

B. Section to be completed only by new or returning residents 只由新住户或回迁住户填写

Form B: Section to be completed only by new or returning residents. Fields include Where did you move from?, Province/State, Country, When did you arrive in Ontario?, etc.

C. Agreement 协议

本人确认: 我决定并打算继续将安大略作为我的主要居住地。 本人明白: 如果我的姓名、地址、公民身份或移民身份有任何变化, 我将在30天内通知卫生和长期护理部和/或其代理安大略省服务局。

Signature section with fields for Signature of applicant, parent, legal guardian, power of attorney, Date, and a handwritten signature 'Dehua Liu'.

收集此表格上的个人健康信息是为了评估和验证安大略省健康保险的资格, 或相关计划, 健康计划和研究, 以及《健康保险法》和《安大略省药物福利法》的管理。

Information, please call ServiceOntario INFOline at 1-800-268-1154.

Table with 2 main sections: Ministry Use Only / Réserve au Ministère and Res. Citizenship. Includes fields for Health Number, Name on Document, Document Type, etc.

不填

# Inscription à l'Assurance-santé de l'Ontario

Si vous arrivez ou revenez en Ontario, remplissez les sections A, B et C.  
Si vous renouvelez votre carte Santé avec photo, remplissez les sections A et C.  
Veuillez vous reporter à la Liste de documents pour l'Assurance-santé de l'Ontario pour savoir ce que vous devez produire avec votre demande. **Veuillez écrire en lettres moulées à l'encre bleue ou noire.**

Réservé au microfilm

Réservé à l'établissement	
Numéro	N° de référence

## A. Renseignements personnels

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Deuxième prénom \_\_\_\_\_ Sexe  Homme  Femme

Date de naissance \_\_\_\_\_ Langue officielle de préférence  Anglais  Français Avez-vous déjà eu un numéro d'Assurance-santé de l'Ontario?  Oui  Non Dans l'affirmative, quel était ce numéro? \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone à domicile ( ) - \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone au travail ou autre ( ) - \_\_\_\_\_ Poste - \_\_\_\_\_

**Adresse postale** Appartement \_\_\_\_\_ Numéro et nom de rue ou numéro de case postale, R.R., poste restante \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

**Adresse domiciliaire (si différente de l'adresse postale)** Appartement \_\_\_\_\_ Numéro et nom de rue ou numéro de case postale, R.R., poste restante \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province **ON** Code postal \_\_\_\_\_ Pays **CANADA** Date du déménagement à cette adresse \_\_\_\_\_

这一页是法语表格同上一页内容一致无需填写

## B. Résident(e)s qui arrivent ou reviennent en Ontario

Où habitez-vous avant de déménager? (Numéro d'appartement, numéro et nom de rue) \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Province/État \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_ Quand avez-vous quitté l'adresse ci-dessus? \_\_\_\_\_

Quand êtes-vous arrivé(e) en Ontario? \_\_\_\_\_ Quand êtes-vous devenu(e) résident(e) permanent(e) en Ontario? \_\_\_\_\_ Pendant combien de temps avez-vous l'intention d'habiter en Ontario?  en permanence  de façon temporaire

Si vous habitez ailleurs au Canada, étiez-vous couvert(e) par un régime de santé du gouvernement?  Non  Oui Dans l'affirmative, quel était votre numéro de régime de santé? \_\_\_\_\_

Êtes-vous un(e) Canadien(ne) de retour au Canada?  Non  Oui Êtes-vous un(e) immigrant(e) de retour au Canada?  Non  Oui Êtes-vous un(e) immigrant(e) nouvellement arrivé(e)?  Non  Oui

Avez-vous récemment quitté les Forces canadiennes?  Non  Oui (date de votre départ) \_\_\_\_\_ Avez-vous récemment été libéré(e) d'un pénitencier fédéral?  Non  Oui (date de votre libération) \_\_\_\_\_

Êtes-vous un(e) conjoint(e) ou une personne à charge d'un membre de la Force régulière des Forces canadiennes?  Non  Oui Êtes-vous un(e) réserviste de retour d'une affectation à l'étranger?  Non  Oui (date de retour) \_\_\_\_\_ Êtes-vous un(e) conjoint(e) ou une personne à charge d'un(e) réserviste actuellement déployé(e) en service actif par les Forces canadiennes?  Non  Oui

## C. Entente

**Je confirme que :**

- L'Ontario est et continuera d'être mon lieu de résidence habituel.
- Je serai physiquement présent(e) en Ontario pendant au moins 5 mois (153 jours) au cours de toute période de 12 mois.
- Je ne m'absenterai pas de l'Ontario pendant plus de 30 jours au cours des 183 premiers jours suivant la date immédiate à laquelle ma résidence en Ontario sera établie, à moins d'être considéré(e) par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée comme : travailleur/travailleuse mobile ou étudiant(e) mobile, personne ayant déménagé en Ontario directement d'une autre province ou d'un autre territoire au Canada où j'étais couvert(e) par un régime public d'assurance-santé, réserviste de retour d'une affectation à l'étranger, conjoint(e) ou personne à charge d'un membre de la Force régulière des Forces canadiennes, conjoint(e) ou personne à charge d'un(e) réserviste actuellement déployé(e) en service actif par les Forces canadiennes.
- Les renseignements que j'ai fournis dans la présente demande et les documents exigés sont véridiques et exacts.

**Je comprends que :**

- Si je change de nom, d'adresse, de citoyenneté ou de statut d'immigrant(e), j'en informerai le ministère de la Santé et des Soins de longue durée ou son agent, ServiceOntario, dans les 30 jours.
- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée ou son agent, ServiceOntario, peuvent vérifier mon statut de résident(e) ainsi que tous les renseignements indiqués dans ce formulaire et les documents que j'ai fournis.
- Ces renseignements peuvent être recueillis par le gouvernement et des organismes non gouvernementaux et communiqués à ceux-ci aux fins de vérification, si la loi le permet.
- Le fait de fournir sciemment des renseignements erronés dans la présente demande constitue une infraction.

Signature  Auteur de la demande  Tuteur ou tutrice légal  Père ou mère  Personne agissant par procuration **X** Date **Oct 19, 2022**

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, et 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 comme le prévoit l'« Énoncé des pratiques touchant l'information du ministère de la Santé et des Soins de longue durée », qui se trouve sur le site [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 de mon Assurance-santé. Pour en savoir plus, veuillez appeler la ligne INFO de ServiceOntario, au 1 800 268 1154.