

DEMANDE D'INSCRIPTION AU RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE POUR LES MÉTIS

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

(PRIÈRE D'ÉCRIRE EN LETTRE MOULÉES)

La présente information personnelle est recueillie en vertu du pouvoir conféré par la politique et la directive sur l'assurance-maladie complémentaire du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest et sera utilisée pour déterminer l'admissibilité au programme. L'information est protégée par les dispositions de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*. Si vous avez des questions à cet effet, communiquez avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (voir l'information sur le présent formulaire).

Pour faire une demande d'inscription au Régime d'assurance-maladie pour les Métis (RAMM), vous devez d'abord être inscrit au Régime d'assurance-maladie des Territoires du Nord-Ouest.

À noter : Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez utiliser une feuille séparée et la joindre à ce formulaire.

- Le programme de prestation d'assurance-maladie complémentaire est un payeur de dernier recours. Vous devez d'abord soumettre une demande de prestation auprès de votre régime d'assurance collective (régime de votre employeur) ou de tout autre régime semblable.
- Si les renseignements relatifs à votre employeur doivent être modifiés, veuillez en aviser sans tarder le coordonnateur des prestations à l'adresse suivante : Coordonnateur des prestations, Prestations d'assurance-maladie, Administration des services de santé, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, Sac postal n° 9, Inuvik NT X0E 0T0. Fax : 867-777-3197; téléphone : 867-777-7400; 1-800-661-0830 (sans frais).
- Il vous incombe de prouver que vous êtes de descendance métisse. À cette fin, il se peut que vous deviez fournir les documents suivants :
 - un certificat de naissance;
 - un certificat de mariage;
 - d'autres documents justificatifs.

RAISON DE LA DEMANDE

Nouvelle

Modification

Cette demande d'inscription au Régime d'assurance-maladie pour les Métis vise

L'auteur(e) de la demande, Son conjoint ou sa conjointe, et Les personnes à sa charge, si elles sont admissibles.

OU Je présente cette demande au Régime d'assurance-maladie pour les Métis en tant que tuteur, au nom d'une personne mineure ou incapable.

RENSEIGNEMENTS SUR L'AUTEUR(E) DE LA DEMANDE

Nom de famille		Prénom(s)		Init.	Sexe <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F
Adresse postale		Ville ou communauté		Code postal	
N° de téléphone	N° d'assurance-maladie des TNO	Date de naissance (a/m/j)	Lieu de naissance		
De quel groupe autochtone des TNO descendez-vous?					
<input type="checkbox"/> Métis et : <input type="checkbox"/> Cri <input type="checkbox"/> Peau-de-lièvre <input type="checkbox"/> Slavey <input type="checkbox"/> Chipewyan <input type="checkbox"/> Dogrib <input type="checkbox"/> Gwich'in <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :					
Nom et origine ethnique du père			Nom de jeune fille et origine ethnique de la mère		
Date de naissance (a/m/j)	Lieu de naissance	Date de naissance (a/m/j)	Lieu de naissance		
Nom et origine ethnique du grand-père paternel			Nom et origine ethnique du grand-père maternel		
Nom et origine ethnique de la grand-mère paternelle			Nom et origine ethnique de la grand-mère maternelle		

RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT OU LA CONJOINTE (À noter : Ne pas remplir cette section si la personne n'est pas d'origine autochtone.)

Nom de famille		Prénom(s)		Sexe <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F
Adresse postale		Code postal		
N° de téléphone	N° d'assurance-maladie des TNO	Date de naissance (a/m/j)	Lieu de naissance	
De quel groupe autochtone descendez-vous?				
<input type="checkbox"/> Métis et : <input type="checkbox"/> Cri <input type="checkbox"/> Peau-de-lièvre <input type="checkbox"/> Slavey <input type="checkbox"/> Chipewyan <input type="checkbox"/> Dogrib <input type="checkbox"/> Gwich'in <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :				

AUTRES RENSEIGNEMENTS

Veuillez indiquer si vous êtes :	<input type="checkbox"/> Métis indigène des TNO	<input type="checkbox"/> Métis non indigène des TNO	<input type="checkbox"/> Métis au sens du projet de loi C-31
	<input type="checkbox"/> Membre accepté par la communauté et nom de la communauté :		
Veuillez indiquer si vous êtes :	<input type="checkbox"/> Inscrit(e) sur la liste générale des membres, nom de la communauté : _____		
	<input type="checkbox"/> Membre d'une association locale de Métis, nom de la communauté : _____		
Veuillez indiquer si vous êtes admissible à titre de bénéficiaire à l'entente de revendication territoriale visant :			
<input type="checkbox"/> La région des Gwich'in <input type="checkbox"/> La région du Sahtu <input type="checkbox"/> La région du Dehcho <input type="checkbox"/> La région du Slave Nord <input type="checkbox"/> La région du Slave Sud			

DRESSEZ LA LISTE DE TOUS LES ENFANTS DE L'AUTEUR(E) DE LA DEMANDE

(À noter : Les personnes de 18 ans et plus doivent remplir leur propre formulaire.)

Nom de famille	Prénom(s)	Sexe	Date de naissance (A/M/J)	N° d'assurance-maladie des TNO

RENSEIGNEMENTS AU SUJET DE L'EMPLOI

Description	Auteur(e) de la demande (ou parent ou tuteur si la demande vise une personne à charge)		Conjoint(e) (ou second parent ou tuteur si la demande vise une personne à charge)	
Avez-vous un emploi ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
S'agit-il d'un emploi saisonnier ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, préciser :	De	à	De	à
Nom de l'employeur et service :				
Adresse de l'employeur :				
N° de téléphone de l'employeur :				
Êtes-vous admissible à des prestations dans le cadre du régime d'assurance collective de votre employeur ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, préciser :	Nom du régime d'assurance collective		Nom du régime d'assurance collective	
	N° du régime d'assurance médicale	N° du régime d'assurance-soins dentaires	N° du régime d'assurance médicale	N° du régime d'assurance-soins dentaires
Êtes-vous admissible à des prestations dans le cadre d'un régime d'assurance privé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, préciser :	Nom du régime d'assurance privé		Nom du régime d'assurance privé	
	N° du régime d'assurance médicale	N° du régime d'assurance-soins dentaires	N° du régime d'assurance médicale	N° du régime d'assurance-soins dentaires

ATTESTATION

Je consens à la communication de mes renseignements personnels au Régime d'assurance-maladie pour les Métis afin de déterminer mon admissibilité initiale et continue ou de déterminer l'admissibilité initiale et continue de mon conjoint ou de ma conjointe ou de ma famille aux prestations d'assurance-maladie.

Auteur(e) de la demande, parent, tuteur

Date (a/m/j)

RENOYER À :

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Régime d'assurance-maladie supplémentaire
Sac postal n° 9, Inuvik NT X0E 0T0

Téléphone : 867-777-7400
Sans Frais : 1-800-661-0830