

DEMANDE DE CHANGEMENT DE STATUT

Veillez fournir une preuve du changement de statut autochtone : certificat de statut d'Indien ou lettre de l'organisme métis, inuit ou inuvialuit pertinent. (La lettre de l'organisme inuit ou inuvialuit doit indiquer le numéro inuit «N».)

À NOTER : Les renseignements personnels fournis dans le présent document sont recueillis sous le régime de la *Loi sur l'assurance-maladie* et seront utilisés pour mettre à jour les renseignements qui figurent sur votre carte d'assurance-maladie. Ces renseignements sont protégés 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 ce sujet, communiquez avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, à l'adresse indiquée ci-dessus.

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (Prière d'écrire en lettres moulées)			
Nom de famille		Premier prénom	
Date de naissance (jour/mois/année)		Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
Adresse du domicile (n° de maison et nom de rue)		Numéro d'assurance-maladie	
		Téléphone (travail) ()	Téléphone (domicile) ()
Ancien statut	Ethnicité <input type="checkbox"/> Statut d'Indien <input type="checkbox"/> Métis <input type="checkbox"/> Inuit <input type="checkbox"/> Inuvialuit <input type="checkbox"/> Métis indigène <input type="checkbox"/> Non-Autochtone		
Nouveau statut	Statut autochtone <input type="checkbox"/> Statut d'Indien <input type="checkbox"/> Métis <input type="checkbox"/> Inuit <input type="checkbox"/> Inuvialuit <input type="checkbox"/> Métis indigène <input type="checkbox"/> Non-Autochtone		

Énumérez les membres de la famille qui ont un changement de statut autochtone - Inclure l'épouse et toutes personnes à charge (18 ans ou moins)

Nom de famille		Premier prénom	
Date de naissance (jour/mois/année)		Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
		Numéro d'assurance-maladie	
Nom de famille		Premier prénom	
Date de naissance (jour/mois/année)		Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
		Numéro d'assurance-maladie	
Nom de famille		Premier prénom	
Date de naissance (jour/mois/année)		Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
		Numéro d'assurance-maladie	
Nom de famille		Premier prénom	
Date de naissance (jour/mois/année)		Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
		Numéro d'assurance-maladie	
Nom de famille		Premier prénom	
Date de naissance (jour/mois/année)		Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
		Numéro d'assurance-maladie	
Nom de famille		Premier prénom	
Date de naissance (jour/mois/année)		Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
		Numéro d'assurance-maladie	
Nom de famille		Premier prénom	
Date de naissance (jour/mois/année)		Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
		Numéro d'assurance-maladie	

"J'atteste que je réside aux Territoires du Nord-Ouest. Je comprends que le fait de fournir des renseignements faux ou trompeurs dans le présent formulaire constitue une infraction. En signant ce formulaire, j'autorise l'Administration des services de santé à vérifier les renseignements et la documentation fournis aux fins de cette demande."

Signature _____ Date (jour/mois/année) _____

Signature _____ Date (jour/mois/année) _____