

# DEMANDE DE CHANGEMENT DE NOM

**Veillez fournir une preuve du changement de nom : ordonnance de changement de nom, ordonnance d'adoption ou certificat de mariage, de naissance ou de divorce. (Si le changement de nom a lieu à la suite d'un divorce, veuillez fournir un certificat de naissance indiquant votre nom de jeune fille.)**

**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	
		Deuxième prénom	
Date de naissance (jour/mois/année)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Numéro d'assurance-maladie
Adresse du domicile (n° de maison et nom de rue)		Téléphone (travail) ( )	Téléphone (domicile) ( )
<b>Ancien nom</b>	Nom de famille	Premier prénom	Deuxième prénom
<b>Nouveau nom</b>	Nom de famille	Premier prénom	Deuxième prénom

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

Nom de famille		Premier prénom	
		Deuxième 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	
		Deuxième 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	
		Deuxième 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	
		Deuxième 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	
		Deuxième 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	
		Deuxième 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	
		Deuxième 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) \_\_\_\_\_