Ontario

Ministry of Health and Long-Term Care | Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Change of Address | Changement d'adresse

Microfilm Use Only/Réservé au microfilm

Date of move / Date du déménagement
year / année | month / mois | day / jour

1. New Mailing Address / Nouvelle adresse postale

Apt. / App.	Street no. & name, R.R., P.O. Box, General delivery / N° et nom de la rue, R.R., C.P., poste restante		
City / Ville	Province	Country / Pays	Postal Code / Code postal

Is your mailing address a rural route, P.O. Box or General Delivery? If it is, give your residence address below.
Si votre adresse postale est une route rurale, boîte postale ou poste restante, veuillez indiquer votre adresse résidentielle ci-dessous.

Lot, Concession, Township or Street no. & name / Lot, concession, canton, ou numéro et nom de la rue			
City / Ville	Province	Country / Pays	Postal Code / Code postal

2. Telephone / Téléphone

Telephone *(home)* / Téléphone *(domicile)*	Telephone *(business)* / Téléphone *(bureau)* ext.
( )	( )

3. Who is moving? / Qui déménage?

Last name / Nom de famille			First name / Prénom
Health Number / Numéro de carte Santé	Version	Date of birth / Date de naissance (year / année, month/mois, day / jour)	Signature

Person 2 / Personne 2

Last name / Nom de famille			First name / Prénom
Health Number / Numéro de carte Santé	Version	Date of birth / Date de naissance (year / année, month/mois, day / jour)	Signature

Person 3 / Personne 3

Last name / Nom de famille			First name / Prénom
Health Number / Numéro de carte Santé	Version	Date of birth / Date de naissance (year / année, month/mois, day / jour)	Signature

Person 4 / Personne 4

Last name / Nom de famille			First name / Prénom
Health Number / Numéro de carte Santé	Version	Date of birth / Date de naissance (year / année, month/mois, day / jour)	Signature

Collection of the personal information on this form is for determination of eligibility for health coverage, health planning and administration of the Health Insurance and Ontario Drug Benefits Acts. The authority for the collection and use of this information is the *Ministry of Health and Long-Term Care Act*, S.6; the *Health Insurance Act*, s.2(3), clause 4 (2) (b), ss. (11) (1) and (2); the *Ontario Drug Benefit Act*, s. 2 and Regulation 868, R.R.O. 1990, S.2. For information about collection practices, call 1 800 268–1154 or write to the Director, Registration and Claims Branch, Box 48, Macdonald-Cartier Building, Kingston ON K7L 5J3.

Les renseignements demandés dans cette formule sont recueillis aux fins de vérification de l'admissibilité à l'assurance-santé, de planification de la Santé et d'administration de la *Loi sur l'assurance-santé de l'Ontario* et de la *Loi sur le régime de médicaments gratuits de l'Ontario*. La collecte et l'utilisation de ces renseignements sont autorisées en vertu de la *Loi sur le ministère de la Santé et des Soins de longue durée*, article 6, de la *Loi sur l'assurance-santé*, paragraphes 2(3), alinéa 4(2) b), et paragraphe 11(1) et (2), de la *Loi sur le régime de médicaments gratuits de l'Ontario*, article 2, et du Règlement 868, R.R.O. 1990, article 2. Pour obtenir des renseignements au sujet de la collecte de données, composer le 1 800 268–1154 ou s'adresser par écrit au directeur ou à la directrice de l'Inscription et des demandes de règlement, C.P. 48, Édifice Macdonald-Cartier, Kingston ON K7L 5J3.

©Queen's Printer for Ontario, 2004 ©Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2004