

Formulaire de demande du Programme provincial de soins dentaires

VEUILLEZ REMPLIR TOUTES LES SECTIONS, SIGNER LA DEMANDE ORIGINALE (AU BAS DE LA PAGE 2) ET LA RETOURNER À L'ADRESSE CI-DESSUS. LES DEMANDES ENVOYÉES PAR TÉLÉCOPIEUR ET PAR COURRIEL NE SONT PAS ACCEPTÉES.

Est-ce qu'un rendez-vous pour des soins dentaires est prévu dans les six prochaines semaines? Oui Non

Si oui, veuillez en préciser la date (jj-mm-aaaa) : _____

À usage interne						
Réf. pris en charge par le gouv. <input type="checkbox"/> Év. ukrainien <input type="checkbox"/>						
Vérification des revenus :						
Revenu total du ménage :						
Date de traitement (jj-mm-aaaa) :						
Taux d'approb.	100 %	80 %	60 %	40 %	20 %	0 %

Nouvelle demande **Renouvellement** (du 1^{er} juillet 20__ au 30 juin 20__)

1. Nom de la demandeuse/du demandeur (nom, prénom, initiale)		Date de naissance (jj-mm-aaaa)	
		N° de carte-santé	
		N° d'assurance sociale	
		A-t-elle ou a-t-il une assurance dentaire? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> La plupart des autres assurances dentaires ou programmes dentaires n'influent pas sur l'admissibilité.	
2. Nom de la conjointe/du conjoint (nom, prénom, initiale)		Date de naissance (jj-mm-aaaa)	
		N° de carte-santé	
		N° d'assurance sociale	
		A-t-elle ou a-t-il une assurance dentaire? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Est-ce qu'une des personnes visées par la présente demande reçoit de l'aide financière? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Adresse postale du ménage		Rue :	
		Ville ou village :	Code postal :
Téléphone	Domicile :	Courriel : _____	
	Autre :	Si un rendez-vous est prévu bientôt, consentez-vous à recevoir la réponse à votre demande par courriel? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
3. Nom de la personne à charge* (nom, prénom, initiale)		Date de naissance (jj-mm-aaaa)	
		N° de carte-santé	
		A-t-elle ou a-t-il une assurance dentaire? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
4. Nom de la personne à charge* (nom, prénom, initiale)		Date de naissance (jj-mm-aaaa)	
		N° de carte-santé	
		A-t-elle ou a-t-il une assurance dentaire? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
5. Nom de la personne à charge* (nom, prénom, initiale)		Date de naissance (jj-mm-aaaa)	
		N° de carte-santé	
		A-t-elle ou a-t-il une assurance dentaire? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
6. Nom de la personne à charge* (nom, prénom, initiale)		Date de naissance (jj-mm-aaaa)	
		N° de carte-santé	
		A-t-elle ou a-t-il une assurance dentaire? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Au besoin, inscrivez les autres membres de votre famille sur une feuille supplémentaire.			
* Veillez inclure la traduction (en anglais) du certificat de naissance (version longue) de votre enfant s'il ne figurait pas sur votre dernière déclaration de revenus.			

Retourner la page, lire et signer au bas →

Critères d'admissibilité au programme

- La couverture dépend du **revenu familial net** et de la **taille de la famille**.

Taille de la famille	100 %	80 %	60 %	40 %	20 %
1 personne	< 22 014 \$	< 24 215 \$	< 26 417 \$	< 28 618 \$	< 30 820 \$
2 personnes	< 31 132 \$	< 34 245 \$	< 37 358 \$	< 40 472 \$	< 43 585 \$
3 personnes	< 38 129 \$	< 41 942 \$	< 45 755 \$	< 49 568 \$	< 53 381 \$
4 personnes	< 44 027 \$	< 48 430 \$	< 52 832 \$	< 57 235 \$	< 61 638 \$
≥ 5 personnes	< 49 224 \$	< 54 146 \$	< 59 069 \$	< 63 991 \$	< 68 914 \$

Déclaration et consentement

Je soussignée ou soussigné déclare que les renseignements fournis dans la présente demande sont, à ma connaissance, vrais et exacts.

Je soussignée ou soussigné comprends que le fait de fournir sciemment des renseignements faux ou incomplets constitue une infraction selon la *Health and Dental Services Cost Assistance Act* (loi sur l'aide pour les coûts en services de santé et services dentaires).

Aux fins de vérification de l'admissibilité au programme, j'autorise le ministère de la Santé et du Bien-être ou Santé Î.-P.-É. à obtenir de l'information des sources suivantes :

- Employeur, assureur ou administrateur de régime, concernant mon assurance privée
- Régime provincial d'assurance-maladie, concernant mon admissibilité aux services de santé et la divulgation de mon numéro de carte-santé
- Pharmacies de détail, afin d'obtenir de l'information sur le coût des médicaments sur ordonnance pour vérifier les réclamations imputées au Programme d'aide financière pour les coûts des services dentaires et de santé

Je soussignée ou soussigné accepte d'informer le Ministère ou Santé Î.-P.-É. de tout changement touchant le ménage, la couverture d'assurance ou tout autre facteur susceptible d'influer sur mon admissibilité ou sur ma couverture.

Par la présente, je soussignée ou soussigné consens à la divulgation par l'Agence du revenu du Canada (ARC) de renseignements touchant mes revenus et dépenses ainsi que mon identité provenant de déclarations de revenus ou d'autres sources, ou à la diffusion de copies d'avis de cotisation ou de nouvelle cotisation ou de relevés (p. ex. T2202A, T3, T4 ou T5) produits auprès de l'ARC. Les renseignements pertinents serviront uniquement à l'évaluation et à la vérification de mon admissibilité et de mon droit de recevoir de l'aide aux termes de la *Health and Dental Services Cost Assistance Act*, ainsi qu'au recouvrement des paiements en trop aux termes de la *Freedom of Information and Protection of Privacy Act* (loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée).

La présente autorisation est valide pour les deux années d'imposition précédant la date de la présente demande, l'année d'imposition actuelle et chaque année d'imposition consécutive subséquente pour laquelle je demande une aide dans le cadre du Programme d'aide financière pour les coûts des services dentaires et de santé indiqué ci-dessus.

Je comprends que je peux retirer mon consentement au Ministère ou à Santé Î.-P.-É. de recueillir, d'utiliser et de divulguer mon information en fournissant un avis écrit, mais que ce droit peut être assujéti à des exceptions limitées. Je peux communiquer avec le Ministère ou Santé Î.-P.-É. pour avoir davantage d'information sur le retrait de mon consentement et ses répercussions possibles.

Nom de la demandeuse/du demandeur (en lettres moulées)	Signature	Date
Nom de la conjointe/du conjoint (en lettres moulées)	Signature	Date

- En signant ci-dessus, j'atteste que tous les renseignements fournis dans la présente demande et dans tout document joint sont corrects et complets.
- Je comprends qu'une déclaration fautive constitue de la fraude et pourrait entraîner le recouvrement de tout montant versé.
- Je reconnais l'obligation de signaler tout changement aux renseignements fournis dans les 30 jours suivant leur entrée en vigueur.
- Les renseignements personnels sur la santé dans la présente demande sont recueillis conformément à l'article 17 de la *Health Information Act* (loi sur les renseignements sur la santé) et à la *Freedom of Information and Protection of Privacy Act* et sont nécessaires pour évaluer l'admissibilité.