

Personal Health Card Application

व्यक्तिगत स्वास्थ्य कार्ड आवेदन

Please print all information clearly.
Complete in full and return to above address.

कृपया सारी जानकारी स्पष्ट रूप से प्रिंट करें।
पूर्ण रूप से भरें और उपरोक्त पते पर लौटें।

For Office Use Only कार्यालय के उपयोग के लिए ही	Document No. • दस्तावेज़ सं।			Household No. • घरेलू नं.	
	Date Eligible • दिनांक पाल			Status • स्थिति	
	Date Entered • दर्ज किया गया दिनांक	Day • दिन	Month • महीने	Yr. • साल	Entered by • द्वारा दर्ज
	Date Approved • तिथि स्वीकृत	Day • दिन	Month • महीने	Yr. • साल	Approved by • के द्वारा अनुमोदित

LIST BELOW THE NAMES OF ALL OF PERSONS REGISTERING FOR HEALTH CARE COVERAGE • स्वास्थ्य देखभाल कवरेज के लिए पंजीकरण कराने वाले सभी व्यक्तियों के नाम नीचे सूचीबद्ध करें				
Name • नाम				
Surname • उपनाम		First Name • पहला नाम		Initials • आद्याक्षर
Birth Date • जन्म तिथि	Sex (M/F) • सेक्स (एम/एफ)	Country and Province of Birth • जन्म का देश और प्रांत	Personal Health Number • व्यक्तिगत स्वास्थ्य संख्या	
Day • दिन	Month • महीने	Yr. • साल		
Mailing Address • डाक पता				
Street • गली	Apt# • उपयुक्त#	P.O. Box • पी. ओ. बॉक्स	City/Town • शहर/कस्बा	
Postal Code • डाक कोड	Telephone No. • टेलीफोन नंबर।			
	Home • होम ()	Cell • सेल ()	Email • ईमेल	
Mother Tongue • मातृ भाषा	Official Language • राजभाषा English • अंग्रेजी French • फ्रेंच Neither • कोई नहीं			Language Preference • भाषा प्राथमिकता
Organ Donor • अंग दान करने वाला Over 16 only • केवल 16 से अधिक	Y•हां / N•नहीं	Tissue Donor • ऊतक दाता Over 16 only • केवल 16 से अधिक	Y•हां / N•नहीं	Signature • हस्ताक्षर: _____

Spouse (Surname, First name, Initials) • जीवनसाथी (उपनाम, प्रथम नाम, आद्याक्षर)				
Surname • उपनाम		First Name • पहला नाम		Initials • आद्याक्षर
Birth Date • जन्म तिथि	Sex (M/F) • सेक्स (एम/एफ)	Country and Province of Birth • जन्म का देश और प्रांत	Personal Health Number • व्यक्तिगत स्वास्थ्य संख्या	
Day • दिन	Month • महीने	Yr. • साल		
Mother Tongue • मातृ भाषा	Official Language • राजभाषा English • अंग्रेजी French • फ्रेंच Neither • कोई नहीं			Language Preference • भाषा प्राथमिकता
Organ Donor • अंग दान करने वाला Over 16 only • केवल 16 से अस्तधक	Y•हां / N•नहीं	Tissue Donor • ऊतक दाता Over 16 only • केवल 16 से अधिक	Y•हां / N•नहीं	Signature • हस्ताक्षर: _____

1. Dependant • आश्रित				
Surname • उपनाम		First Name • पहला नाम		Initials • आद्याक्षर
Birth Date • जन्म तिथि	Sex (M/F) • सेक्स (एम/एफ)	Country and Province of Birth • जन्म का देश और प्रांत	Personal Health Number • व्यक्तिगत स्वास्थ्य संख्या	
Day • दिन	Month • महीने	Yr. • साल		
Mother Tongue • मातृ भाषा	Official Language • राजभाषा English • अंग्रेजी French • फ्रेंच Neither • कोई नहीं			Language Preference • भाषा प्राथमिकता
Organ Donor • अंग दान करने वाला Over 16 only • केवल 16 से अस्तधक	Y•हां / N•नहीं	Tissue Donor • ऊतक दाता Over 16 only • केवल 16 से अधिक	Y•हां / N•नहीं	Signature • हस्ताक्षर: _____

2. Dependant • आश्रित				
Surname • उपनाम		First Name • पहला नाम		Initials • आद्याक्षर
Birth Date • जन्म तिथि		Sex (M/F) • सेक्स (एम/एफ)	Country and Province of Birth • जन्म का देश और प्रांत	Personal Health Number • व्यक्तिगत स्वास्थ्य संख्या
Day • दिन	Month • महीने			
Mother Tongue • मातृ भाषा		Official Language • राजभाषा English • अंग्रेजी French • फ्रेंच Neither • कोई नहीं		Language Preference • भाषा प्राथमिकता
Organ Donor • अंग दान करने वाला Over 16 only • केवल 16 से अधिक		Y • हां / N • नहीं		Tissue Donor • ऊतक दाता Over 16 only • केवल 16 से अधिक
		Y • हां / N • नहीं		Signature • हस्ताक्षर: _____

3. Dependant • आश्रित				
Surname • उपनाम		First Name • पहला नाम		Initials • आद्याक्षर
Birth Date • जन्म तिथि		Sex (M/F) • सेक्स (एम/एफ)	Country and Province of Birth • जन्म का देश और प्रांत	Personal Health Number • व्यक्तिगत स्वास्थ्य संख्या
Day • दिन	Month • महीने			
Mother Tongue • मातृ भाषा		Official Language • राजभाषा English • अंग्रेजी French • फ्रेंच Neither • कोई नहीं		Language Preference • भाषा प्राथमिकता
Organ Donor • अंग दान करने वाला Over 16 only • केवल 16 से अधिक		Y • हां / N • नहीं		Tissue Donor • ऊतक दाता Over 16 only • केवल 16 से अधिक
		Y • हां / N • नहीं		Signature • हस्ताक्षर: _____

4. Dependant • आश्रित				
Surname • उपनाम		First Name • पहला नाम		Initials • आद्याक्षर
Birth Date • जन्म तिथि		Sex (M/F) • सेक्स (एम/एफ)	Country and Province of Birth • जन्म का देश और प्रांत	Personal Health Number • व्यक्तिगत स्वास्थ्य संख्या
Day • दिन	Month • महीने			
Mother Tongue • मातृ भाषा		Official Language • राजभाषा English • अंग्रेजी French • फ्रेंच Neither • कोई नहीं		Language Preference • भाषा प्राथमिकता
Organ Donor • अंग दान करने वाला Over 16 only • केवल 16 से अधिक		Y • हां / N • नहीं		Tissue Donor • ऊतक दाता Over 16 only • केवल 16 से अधिक
		Y • हां / N • नहीं		Signature • हस्ताक्षर: _____

5. Dependant • आश्रित				
Surname • उपनाम		First Name • पहला नाम		Initials • आद्याक्षर
Birth Date • जन्म तिथि		Sex (M/F) • सेक्स (एम/एफ)	Country and Province of Birth • जन्म का देश और प्रांत	Personal Health Number • व्यक्तिगत स्वास्थ्य संख्या
Day • दिन	Month • महीने			
Mother Tongue • मातृ भाषा		Official Language • राजभाषा English • अंग्रेजी French • फ्रेंच Neither • कोई नहीं		Language Preference • भाषा प्राथमिकता
Organ Donor • अंग दान करने वाला Over 16 only • केवल 16 से अधिक		Y • हां / N • नहीं		Tissue Donor • ऊतक दाता Over 16 only • केवल 16 से अधिक
		Y • हां / N • नहीं		Signature • हस्ताक्षर: _____

6. Dependant • आश्रित				
Surname • उपनाम		First Name • पहला नाम		Initials • आद्याक्षर
Birth Date • जन्म तिथि		Sex (M/F) • सेक्स (एम/एफ)	Country and Province of Birth • जन्म का देश और प्रांत	Personal Health Number • व्यक्तिगत स्वास्थ्य संख्या
Day • दिन	Month • महीने			
Mother Tongue • मातृ भाषा		Official Language • राजभाषा English • अंग्रेजी French • फ्रेंच Neither • कोई नहीं		Language Preference • भाषा प्राथमिकता
Organ Donor • अंग दान करने वाला Over 16 only • केवल 16 से अधिक		Y • हां / N • नहीं		Tissue Donor • ऊतक दाता Over 16 only • केवल 16 से अधिक
		Y • हां / N • नहीं		Signature • हस्ताक्षर: _____

Personal Health Card Application Guide • व्यक्तिगत स्वास्थ्य कार्ड आवेदन गाइड

You are eligible for a PEI Health Card if you:

- are legally in Canada;
- reside on PEI on an annual basis and are present for at least six months plus a day each year, or,
- are a PEI resident studying full-time in another province.

A "resident" means a person lawfully entitled to be or to remain in Canada, who makes his home and is ordinarily present on PEI.

You are not eligible for a PEI Health Card if you are:

- a tourist, transient or visitor to PEI;
- a member of the Canadian Armed Forces;
- an inmate of a Federal Penitentiary; or
- a foreign student (certain exceptions apply).

आप पीईआई हेल्थ कार्ड के लिए पात्र हैं यदि आप:

- कानूनी तौर पर कनाडा में हैं;
- वार्षिक आधार पर पीईआई पर निवास करते हैं और प्रत्येक वर्ष कम से कम छह महीने प्लस एक दिन के लिए उपस्थित रहते हैं, या,
- पीईआई निवासी दूसरे प्रांत में पूर्णकालिक अध्ययन कर रहे हैं।

"निवासी" का अर्थ कनाडा में रहने या रहने के लिए कानूनी रूप से हकदार व्यक्ति है, जो अपना घर बनाता है और आमतौर पर पीईआई पर मौजूद रहता है।

आप पीईआई हेल्थ कार्ड के लिए पात्र नहीं हैं यदि आप:

- एक पर्यटक, अस्थायी या पीईआई का आगंतुक;
- कनाडाई सशस्त्र बलों का सदस्य;
- संघीय प्रायश्चित्तालय का एक कैदी; या
- एक विदेशी छात्र (कुछ अपवाद लागू होते हैं)।

1. What is your **mother tongue**? (The language you first learned)
2. If your mother tongue is neither English nor French, in which of **Canada's Official Languages** are you most comfortable?
3. What is your **preferred language** for service delivery?

Your preferred language of service will be displayed on your PEI Health Card.

This language information will help Health PEI plan for and deliver quality health care services.

1. आपकी मातृभाषा कौन सी है? (वह भाषा जो आपने सबसे पहले सीखी)
2. यदि आपकी मातृभाषा न तो अंग्रेजी है और न ही फ्रेंच, तो कनाडा की किस आधिकारिक भाषा में आप सबसे अधिक सहज हैं?
3. सेवा वितरण के लिए आपकी पसंदीदा भाषा कौन सी है?

सेवा की आपकी पसंदीदा भाषा आपके PEI हेल्थ कार्ड पर प्रदर्शित की जाएगी।

यह भाषा संबंधी जानकारी हेल्थ पीईआई को गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं योजना बनाने और वितरित करने में मदद करेगी।

An Organ and Tissue Intent to Donate Registry is a place for people to indicate and record their willingness to donate organs and tissues at the time of their death. **Organ** refers to lungs, heart, liver, kidneys, pancreas and small bowel. **Tissue** refers to skin, vein, eyes, bone and related structures, heart valves/pericardium.

You can be an organ and tissue donor if you are aged 16 or over and fully understand the nature and consequences of your donation. A **signature is required** for each individual to indicate their intentions regarding organ and tissue donation. Parents cannot sign on behalf of their child(ren).

Your organ and tissue donor decision will be displayed on your PEI Health Card. If, in the future, you decide to change your mind, you can update your intention by completing the Intent to Donate and Language Information form found here:

www.healthpei.ca/organandtissuedonation

For more information about organ and tissue donation, please call: 902-368-5920.

अंग और ऊतक दान करने का इरादा रजिस्ट्री लोगों के लिए उनकी मृत्यु के समय अंगों और ऊतकों को दान करने की इच्छा को इंगित करने और रिकॉर्ड करने का एक स्थान है। अंग का तात्पर्य फेफड़े, हृदय, यकृत, गुर्दे, अग्न्याशय और छोटी आंत से है। ऊतक से तात्पर्य त्वचा, शिरा, आंखें, हड्डी और संबंधित संरचनाएं, हृदय वाल्व/पेरीकार्डियम से है।

यदि आपकी उम्र 16 वर्ष या उससे अधिक है और आप अपने दान की प्रकृति और परिणामों को पूरी तरह से समझते हैं तो आप अंग और ऊतक दाता हो सकते हैं। प्रत्येक व्यक्ति को अंग और ऊतक दान के संबंध में अपने इरादों को इंगित करने के लिए एक हस्ताक्षर की आवश्यकता होती है। माता-पिता अपने बच्चे(बच्चों) की ओर से हस्ताक्षर नहीं कर सकते।

आपके अंग और ऊतक दाता का निर्णय आपके PEI स्वास्थ्य कार्ड पर प्रदर्शित किया जाएगा। यदि, भविष्य में, आप अपना मन बदलने का निर्णय लेते हैं, तो आप यहां दिए गए दान के इरादे और भाषा सूचना फॉर्म को पूरा करके अपना इरादा अपडेट कर सकते हैं:

www.healthpei.ca/organandtissuedonation

अंग और ऊतक दान के बारे में अधिक जानकारी के लिए कृपया कॉल करें: 902-368-5920.

Personal information on this form is collected under Section 8 (Registration of Entitled Persons) of Prince Edward Island's Health Services Payment Act (Regulations) and will be used to ensure a resident's entitlement in respect to basic health services. If you require additional information, please contact Medicare Services, 126 Douses Road, Montague, PE C0A 1R0, 1-800-321-5492.

इस फॉर्म पर व्यक्तिगत जानकारी प्रिंस एडवर्ड आइलैंड के स्वास्थ्य सेवा भूगतान अधिनियम (विनियम) की धारा 8 (हकदार व्यक्तियों का पंजीकरण) के तहत एकत्र की जाती है और इसका उपयोग बुनियादी स्वास्थ्य सेवाओं के संबंध में निवासी के अधिकार को सुनिश्चित करने के लिए किया जाएगा। यदि आपको अतिरिक्त जानकारी की आवश्यकता है, तो कृपया मेडिकेयर सर्विसेज, 126 डौसेस रोड, मोंटेग, पीई सी0ए 1आर0, 1-800-321-5492 से संपर्क करें।