

# Health PEI

One Island Health System

PO Box 3000  
126 Douses Road, Montague  
Prince Edward Island, C0A 1R0 Canada  
Telephone: (902) 838-0900 / 1-800-321-5492

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

## Personal Health Card Application

### Solicitud de Tarjeta Sanitaria Personal

# Salud PEI

Sistema de salud de una isla

Apartado Postal 3000  
126 Douses Road, Montague  
Isla del Príncipe Eduardo, C0A 1R0 Canadá  
Teléfono: (902) 838-0900 / 1-800-321-5492

Por favor imprima toda la información claramente.  
Complete en su totalidad y envíelo a la dirección anterior.

|                                                 |                                |           |             |           |                              |  |  |  |
|-------------------------------------------------|--------------------------------|-----------|-------------|-----------|------------------------------|--|--|--|
| For Office Use Only<br>Sólo Para Uso de Oficina | Document No. • Documento No.   |           |             |           | Household No. • Hogar No.    |  |  |  |
|                                                 | Date Eligible • Fecha Elegible |           |             |           | Status • Estado              |  |  |  |
|                                                 | Date Entered • Fecha Ingresada | Day • Día | Month • Mes | Yr. • Año | Entered by • Introducido por |  |  |  |
|                                                 | Date Approved • Fecha Aprobada | Day • Día | Month • Mes | Yr. • Año | Approved by • Aprobado por   |  |  |  |
|                                                 |                                | Day • Día | Month • Mes | Yr. • Año |                              |  |  |  |

|                                                                                                                                                                                                      |  |                                             |                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| LIST BELOW THE NAMES OF ALL OF PERSONS REGISTERING FOR HEALTH CARE COVERAGE •<br>ENUMERE A CONTINUACIÓN LOS NOMBRES DE TODAS LAS PERSONAS QUE SE REGISTRAN PARA RECIBIR COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA |  |                                             |                                                                |
| Name • Nombre                                                                                                                                                                                        |  |                                             |                                                                |
| Surname • Apellido                                                                                                                                                                                   |  | First Name • Nombre                         |                                                                |
| Birth Date • Fecha de nacimiento                                                                                                                                                                     |  | Sex (M/F) • Sexo (H/M)                      | Country and Province of Birth • País y Provincia de Nacimiento |
| Day • Día                                                                                                                                                                                            |  | Month • Mes                                 | Yr. • Año                                                      |
| Mailing Address • Dirección de Envío                                                                                                                                                                 |  |                                             |                                                                |
| Street • Calle                                                                                                                                                                                       |  | Apt# • Apto#                                | P.O. Box • Apartado de Correos                                 |
| Postal Code • Código Postal                                                                                                                                                                          |  | Telephone No. • Teléfono No.                |                                                                |
| Home • Inicio                                                                                                                                                                                        |  | Cell • Celular                              | Email • Correo Electrónico                                     |
| Mother Tongue • Lengua Materna                                                                                                                                                                       |  | Official Language • Idioma Oficial          |                                                                |
| English • Inglés                                                                                                                                                                                     |  | French • Francés                            |                                                                |
| Neither • Ninguno                                                                                                                                                                                    |  | Language Preference • Preferencia de Idioma |                                                                |
| Organ Donor • Donante de Órganos Y•S / N•N                                                                                                                                                           |  | Tissue Donor • Donante de Tejido Y•S / N•N  |                                                                |
| Over 16 only • Solo mayores de 16 años                                                                                                                                                               |  | Signature • Firma:                          |                                                                |

|                                                                                |  |                                             |                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Spouse (Surname, First name, Initials) • Cónyuge (Apellido, Nombre, Iniciales) |  |                                             |                                                                |
| Surname • Apellido                                                             |  | First Name • Nombre                         |                                                                |
| Birth Date • Fecha de Nacimiento                                               |  | Sex (M/F) • Sexo (H/M)                      | Country and Province of Birth • País y Provincia de Nacimiento |
| Day • Día                                                                      |  | Month • Mes                                 | Yr. • Año                                                      |
| Mother Tongue • Lengua Materna                                                 |  | Official Language • Idioma Oficial          |                                                                |
| English • Inglés                                                               |  | French • Francés                            |                                                                |
| Neither • Ninguno                                                              |  | Language Preference • Preferencia de Idioma |                                                                |
| Organ Donor • Donante de Órganos Y•S / N•N                                     |  | Tissue Donor • Donante de Tejido Y•S / N•N  |                                                                |
| Over 16 only • Solo mayores de 16 años                                         |  | Signature • Firma:                          |                                                                |

|                                            |  |                                             |                                                                |
|--------------------------------------------|--|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 1. Dependant • Dependiente                 |  |                                             |                                                                |
| Surname • Apellido                         |  | First Name • Nombre                         |                                                                |
| Birth Date • Fecha de Nacimiento           |  | Sex (M/F) • Sexo (H/M)                      | Country and Province of Birth • País y Provincia de Nacimiento |
| Day • Día                                  |  | Month • Mes                                 | Yr. • Año                                                      |
| Mother Tongue • Lengua Materna             |  | Official Language • Idioma Oficial          |                                                                |
| English • Inglés                           |  | French • Francés                            |                                                                |
| Neither • Ninguno                          |  | Language Preference • Preferencia de Idioma |                                                                |
| Organ Donor • Donante de Órganos Y•S / N•N |  | Tissue Donor • Donante de Tejido Y•S / N•N  |                                                                |
| Over 16 only • Solo mayores de 16 años     |  | Signature • Firma:                          |                                                                |

|                                                                                                    |  |                                                                                                                    |                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 2. Dependant • <i>Dependiente</i>                                                                  |  |                                                                                                                    |                                                                       |
| Surname • <i>Apellido</i>                                                                          |  | First Name • <i>Nombre</i>                                                                                         |                                                                       |
| Birth Date • <i>Fecha de Nacimiento</i>                                                            |  | Sex (M/F) • <i>Sexo (H/M)</i>                                                                                      | Country and Province of Birth • <i>País y Provincia de Nacimiento</i> |
| <div> <div>Day • <i>Día</i></div> <div>Month • <i>Mes</i></div> <div>Yr. • <i>Año</i></div> </div> |  |                                                                                                                    | Initials • <i>Iniciales</i>                                           |
| Mother Tongue • <i>Lengua Materna</i>                                                              |  | Official Language • <i>Idioma Oficial</i><br>English• <i>Inglés</i> French• <i>Francés</i> Neither• <i>Ninguno</i> | Language Preference • <i>Preferencia de Idioma</i>                    |
| Organ Donor • <i>Donante de Órganos</i> Y•S / N•N<br>Over 16 only • <i>Solo mayores de 16 años</i> |  | Tissue Donor • <i>Donante de Tejido</i> Y•S / N•N<br>Over 16 only • <i>Solo mayores de 16 años</i>                 | Signature •<br><i>Firma:</i> _____                                    |

|                                                                                                    |  |                                                                                                                    |                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 3. Dependant • <i>Dependiente</i>                                                                  |  |                                                                                                                    |                                                                       |
| Surname • <i>Apellido</i>                                                                          |  | First Name • <i>Nombre</i>                                                                                         |                                                                       |
| Birth Date • <i>Fecha de Nacimiento</i>                                                            |  | Sex (M/F) • <i>Sexo (H/M)</i>                                                                                      | Country and Province of Birth • <i>País y Provincia de Nacimiento</i> |
| <div> <div>Day • <i>Día</i></div> <div>Month • <i>Mes</i></div> <div>Yr. • <i>Año</i></div> </div> |  |                                                                                                                    | Initials • <i>Iniciales</i>                                           |
| Mother Tongue • <i>Lengua Materna</i>                                                              |  | Official Language • <i>Idioma Oficial</i><br>English• <i>Inglés</i> French• <i>Francés</i> Neither• <i>Ninguno</i> | Language Preference • <i>Preferencia de Idioma</i>                    |
| Organ Donor • <i>Donante de Órganos</i> Y•S / N•N<br>Over 16 only • <i>Solo mayores de 16 años</i> |  | Tissue Donor • <i>Donante de Tejido</i> Y•S / N•N<br>Over 16 only • <i>Solo mayores de 16 años</i>                 | Signature •<br><i>Firma:</i> _____                                    |

|                                                                                                    |  |                                                                                                                    |                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 4. Dependant • <i>Dependiente</i>                                                                  |  |                                                                                                                    |                                                                       |
| Surname • <i>Apellido</i>                                                                          |  | First Name • <i>Nombre</i>                                                                                         |                                                                       |
| Birth Date • <i>Fecha de Nacimiento</i>                                                            |  | Sex (M/F) • <i>Sexo (H/M)</i>                                                                                      | Country and Province of Birth • <i>País y Provincia de Nacimiento</i> |
| <div> <div>Day • <i>Día</i></div> <div>Month • <i>Mes</i></div> <div>Yr. • <i>Año</i></div> </div> |  |                                                                                                                    | Initials • <i>Iniciales</i>                                           |
| Mother Tongue • <i>Lengua Materna</i>                                                              |  | Official Language • <i>Idioma Oficial</i><br>English• <i>Inglés</i> French• <i>Francés</i> Neither• <i>Ninguno</i> | Language Preference • <i>Preferencia de Idioma</i>                    |
| Organ Donor • <i>Donante de Órganos</i> Y•S / N•N<br>Over 16 only • <i>Solo mayores de 16 años</i> |  | Tissue Donor • <i>Donante de Tejido</i> Y•S / N•N<br>Over 16 only • <i>Solo mayores de 16 años</i>                 | Signature •<br><i>Firma:</i> _____                                    |

|                                                                                                    |  |                                                                                                                    |                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 5. Dependant • <i>Dependiente</i>                                                                  |  |                                                                                                                    |                                                                       |
| Surname • <i>Apellido</i>                                                                          |  | First Name • <i>Nombre</i>                                                                                         |                                                                       |
| Birth Date • <i>Fecha de Nacimiento</i>                                                            |  | Sex (M/F) • <i>Sexo (H/M)</i>                                                                                      | Country and Province of Birth • <i>País y Provincia de Nacimiento</i> |
| <div> <div>Day • <i>Día</i></div> <div>Month • <i>Mes</i></div> <div>Yr. • <i>Año</i></div> </div> |  |                                                                                                                    | Initials • <i>Iniciales</i>                                           |
| Mother Tongue • <i>Lengua Materna</i>                                                              |  | Official Language • <i>Idioma Oficial</i><br>English• <i>Inglés</i> French• <i>Francés</i> Neither• <i>Ninguno</i> | Language Preference • <i>Preferencia de Idioma</i>                    |
| Organ Donor • <i>Donante de Órganos</i> Y•S / N•N<br>Over 16 only • <i>Solo mayores de 16 años</i> |  | Tissue Donor • <i>Donante de Tejido</i> Y•S / N•N<br>Over 16 only • <i>Solo mayores de 16 años</i>                 | Signature •<br><i>Firma:</i> _____                                    |

|                                                                                                    |  |                                                                                                                    |                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 6. Dependant • <i>Dependiente</i>                                                                  |  |                                                                                                                    |                                                                       |
| Surname • <i>Apellido</i>                                                                          |  | First Name • <i>Nombre</i>                                                                                         |                                                                       |
| Birth Date • <i>Fecha de Nacimiento</i>                                                            |  | Sex (M/F) • <i>Sexo (H/M)</i>                                                                                      | Country and Province of Birth • <i>País y Provincia de Nacimiento</i> |
| <div> <div>Day • <i>Día</i></div> <div>Month • <i>Mes</i></div> <div>Yr. • <i>Año</i></div> </div> |  |                                                                                                                    | Initials • <i>Iniciales</i>                                           |
| Mother Tongue • <i>Lengua Materna</i>                                                              |  | Official Language • <i>Idioma Oficial</i><br>English• <i>Inglés</i> French• <i>Francés</i> Neither• <i>Ninguno</i> | Language Preference • <i>Preferencia de Idioma</i>                    |
| Organ Donor • <i>Donante de Órganos</i> Y•S / N•N<br>Over 16 only • <i>Solo mayores de 16 años</i> |  | Tissue Donor • <i>Donante de Tejido</i> Y•S / N•N<br>Over 16 only • <i>Solo mayores de 16 años</i>                 | Signature •<br><i>Firma:</i> _____                                    |

|                                                                                                              |                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Residential Status • Estado Residencial</b>                                                               |                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> New Resident • <i>Nuevo Residente</i>                                               | <input type="checkbox"/> Returning Resident • <i>Residente que Regresa</i>     | <input type="checkbox"/> Armed Forces, Penitentiary • <i>Fuerzas Armadas, Penitenciario</i><br>(Please indicate release date if any of the above apply) •<br>(Indique la fecha de lanzamiento si se aplica alguna de las condiciones anteriores) |                                                                                        |
|                                                                                                              |                                                                                | Day • <i>Día</i>                                                                                                                                                                                                                                 | Month • <i>Mes</i>                                                                     |
| Yr. • <i>Año</i>                                                                                             |                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                        |
| <b>Province/Country of last residence • Provincia/País de Última Residencia</b>                              |                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                        |
| Mailing Address • <i>Dirección de Envío</i>                                                                  | City/Town • <i>Ciudad/Pueblo</i>                                               | Country/Province • <i>País/Provincia</i>                                                                                                                                                                                                         | Postal Code • <i>Código Postal</i>                                                     |
| <b>Former Provincial Health Care No. (if applicable) • Ex N° Provincial de Atención en Salud (si aplica)</b> |                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                        |
| <b>Reason for coming to Prince Edward Island • Razón para venir a la Isla del Príncipe Eduardo</b>           |                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Full-Time Student • <i>Estudiante a Tiempo Completo</i>                             | <input type="checkbox"/> Part-Time Student • <i>Estudiante de Medio Tiempo</i> | <input type="checkbox"/> Employment • <i>Empleo</i>                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Other (Please specify) • <i>Otros (Por favor especifique)</i> |
| Completion Date • <i>Fecha de Terminación</i> _____                                                          |                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                        |
| <b>Length of stay on Prince Edward Island • Duración de la estancia en la Isla del Príncipe Eduardo</b>      |                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                        |
| Permanent • <i>Permanente</i>                                                                                |                                                                                | Temporary • <i>Temporal</i> (Please define • <i>Por favor defina</i> ) _____                                                                                                                                                                     |                                                                                        |
| <input type="checkbox"/>                                                                                     | <input type="checkbox"/>                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                        |
| <b>Date of arrival on Prince Edward Island • Fecha de Llegada a la Isla del Príncipe Eduardo</b>             |                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                        |
|                                                                                                              |                                                                                | Day • <i>Día</i>                                                                                                                                                                                                                                 | Month • <i>Mes</i>                                                                     |
| Yr. • <i>Año</i>                                                                                             |                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                        |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Citizenship Status</b> (must attach supporting documents for each individual applying before applications may be processed) • <b>Estado de Ciudadanía</b> (Debe adjuntar documentos de respaldo para cada individuo que presente la solicitud antes de que se puedan procesar las solicitudes)                         |                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Canadian Citizen (Please attach copy of former provincial health care card front and back if applicable or birth certificate) • <i>Ciudadano Canadiense (Adjunte copia de la tarjeta de atención médica provincial anterior, anverso y reverso, si corresponde, o certificado de nacimiento)</i> |                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Canadian citizen returning from another country (Please attach copy of Canadian passport) • <i>Ciudadano Canadiense que regresa de otro país (Adjunte copia del pasaporte Canadiense)</i>                                                                                                        |                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Landed Immigrant (Please attach copy of Confirmation of Permanent Residence document or both sides of Permanent Resident card) • <i>Inmigrante Desembarcado (Adjunte copia del documento de Confirmación de Residencia Permanente o ambos lados de la tarjeta de Residente Permanente)</i>       |                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> International Student (Please attach copy of Study Permit and proof of enrollment from designated learning institution) • <i>Estudiante Internacional (Adjunte una copia del permiso de estudio y un comprobante de inscripción de la institución de aprendizaje designada)</i>                  |                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Working Visa (Please attach copy of Immigration record and Passport) • <i>Visa de Trabajo (Adjunte copia del registro de inmigración y Pasaporte)</i>                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Other (Please specify) • <i>Otros (Por favor especifique)</i> |
| <b>I hereby authorize the details of this application may be discussed with the Federal Department of Employment and Immigration Canada. • Por la presente autorizo que los detalles de esta solicitud puedan ser discutidos con el Departamento Federal de Empleo e Inmigración de Canadá.</b>                           |                                                                                        |
| _____<br>Signature • <i>Firma</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                         | _____<br>Signature of Spouse/Partner • <i>Firma del Cónyuge/Pareja</i>                 |

|                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                        |                  |                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------|
| <b>Declaration • Declaración</b>                                                                                                                                                                                                      |                                                                        |                  |                    |
| I hereby state that I am legally entitled to remain in Canada, I am currently residing and making Prince Edward Island my primary residence and I understand that it is an offence to give false information in this application.     |                                                                        |                  |                    |
| I hereby authorize the details of this application may be discussed with the Federal Department of Employment and Immigration Canada.                                                                                                 |                                                                        |                  |                    |
| <b>Por la presente declaro que tengo derecho legal a permanecer en Canadá, actualmente resido y hago de la Isla del Príncipe Eduardo mi residencia principal y entiendo que es un delito dar información falsa en esta solicitud.</b> |                                                                        |                  |                    |
| <b>Por la presente autorizo que los detalles de esta solicitud puedan ser discutidos con el Departamento Federal de Empleo e Inmigración de Canadá.</b>                                                                               |                                                                        |                  |                    |
| _____<br>Signature • <i>Firma</i>                                                                                                                                                                                                     | _____<br>Signature of Spouse/Partner • <i>Firma del Cónyuge/Pareja</i> | Day • <i>Día</i> | Month • <i>Mes</i> |
|                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                        | Yr. • <i>Año</i> |                    |

## Personal Health Card Application Guide • Guía de Solicitud de la Tarjeta Sanitaria Personal

### 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).

### Usted es elegible para una Tarjeta de Salud PEI si:

- está legalmente en Canadá;
- reside en PEI anualmente y estar presente durante al menos seis meses más un día cada año, o,
- es residente de PEI y estudia a tiempo completo en otra provincia.

Un "residente" significa una persona con derecho legal a estar o permanecer en Canadá, que establece su hogar y está habitualmente presente en PEI.

### No es elegible para una Tarjeta de Salud PEI si es:

- turista, transitorio o visitante del PEI;
- miembro de las Fuerzas Armadas Canadienses;
- interno de una penitenciaría federal; o
- estudiante extranjero (se aplican ciertas excepciones).

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. ¿Cuál es tu **lengua materna**? (El idioma que aprendiste por primera vez)
2. Si su lengua materna no es ni el inglés ni el francés, ¿en cuál de los **idiomas oficiales de Canadá** se siente más cómodo?
3. ¿Cuál es su **idioma preferido** para la prestación de servicios?

Su idioma de servicio preferido se mostrará en su Tarjeta de Salud PEI. Esta información en idiomas ayudará a Health PEI a planificar y brindar servicios de atención médica de calidad.

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](http://www.healthpei.ca/organandtissuedonation)

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

Un Registro de Intención de Donación de Órganos y Tejidos es un lugar para que las personas indiquen y registren su voluntad de donar órganos y tejidos en el momento de su muerte. **Órgano** se refiere a los pulmones, el corazón, el hígado, los riñones, el páncreas y el intestino delgado. **Tejido** se refiere a piel, venas, ojos, huesos y estructuras relacionadas, válvulas cardíacas/pericardio.

Puede ser donante de órganos y tejidos si tiene 16 años o más y comprende plenamente la naturaleza y las consecuencias de su donación. Se **requiere una firma** de cada individuo para indicar sus intenciones con respecto a la donación de órganos y tejidos. Los padres no pueden firmar en nombre de sus hijos.

Su decisión de donar órganos y tejidos se mostrará en su Tarjeta de Salud de PEI. Si, en el futuro, decide cambiar de opinión, puede actualizar su intención completando el formulario de intención de donación e información del idioma que se encuentra aquí:

[www.healthpei.ca/organandtissuedonation](http://www.healthpei.ca/organandtissuedonation)

Para obtener más información sobre la donación de órganos y tejidos, llame al: 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.

La información personal en este formulario se recopila según la Sección 8 (Registro de personas autorizadas) de la Ley de Pago de Servicios de Salud de la Isla del Príncipe Eduardo (Reglamentos) y se utilizará para garantizar el derecho de un residente con respecto a los servicios de salud básicos. Si necesita información adicional, comuníquese con Servicios de Medicare, 126 Douses Road, Montague, PE C0A 1R0, 1-800-321-5492

16HPE15-44179