

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

Personal Health Card Application

Carte santé personnelle Formulaire de demande

Santé Î.-P.-É.

Un système de santé unique

C.P. 3000
126, chemin Douses, Montague
Île-du-Prince-Édouard, C0A 1R0 Canada
Téléphone : (902) 838-0900 / 1-800-321-5492

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

Prière d'écrire clairement en lettres moulées.
Veuillez remplir en entier et renvoyer à l'adresse ci-dessus.

For Office Use Only A usage interne seulement	Document No. • Document n° _____	Household No. • Ménage n° _____
	Date eligible • Date d'admissibilité _____	Status • Statut _____
	Date entered • Date de saisie _____ Day • Jour Month • Mois Yr. • Année	Entered by • Saisi par _____
	Date approved • Date d'approbation _____ Day • Jour Month • Mois Yr. • Année	Approved by • Approuvé par _____

LIST BELOW THE NAMES OF ALL OF PERSONS REGISTERING FOR HEALTH CARE COVERAGE • REMPLIR POUR TOUTES LES PERSONNES SOUHAITANT OBTENIR LA COUVERTURE MÉDICALE

Name • Nom			
Surname • Nom _____		First name • Prénom _____	Initials • Initiales _____
Birth Date • Date de naissance _____ Day • Jour Month • Mois Yr. • Année	Sex (M/F) • Sexe (H/F) _____	Country and Province of Birth Pays et province de naissance _____	Personal Health Number Numéro de la carte-santé _____
Mailing Address • Adresse postale			
Street • Rue _____	Apt# • App. _____	P.O. Box • C.P. _____	City/Town • Ville _____
Postal Code • Code postal _____	Telephone No. • Téléphone _____		
	Home • Maison _____ ()	Cell • Cellulaire _____ ()	Fax • Télécopieur _____ ()
Mother tongue/Langue maternelle _____	Official language/Langue officielle English Français Neither/Aucune		Language preference/Langue de préférence _____
Organ Donor/Don d'organes over 16 only/plus de 16 ans seulement Y / N	Tissue Donor/Don de tissus over 16 only/plus de 16 ans seulement Y / N	Signature: _____	

Spouse (surname, first name, initials) • Conjoint(e) (nom, prénom, initiales)			
Surname • Nom _____		First name • Prénom _____	Initials • Initiales _____
Birth Date • Date de naissance _____ Day • Jour Month • Mois Yr. • Année	Sex (M/F) • Sexe (H/F) _____	Country and Province of Birth Pays et province de naissance _____	Personal Health Number Numéro de la carte-santé _____
Mother tongue/Langue maternelle _____	Official language/Langue officielle English Français Neither/Aucune		Language preference/Langue de préférence _____
Organ Donor/Don d'organes over 16 only/plus de 16 ans seulement Y / N	Tissue Donor/Don de tissus over 16 only/plus de 16 ans seulement Y / N	Signature: _____	

1. Dependant • Personne à charge			
Surname • Nom _____		First name • Prénom _____	Initials • Initiales _____
Birth Date • Date de naissance _____ Day • Jour Month • Mois Yr. • Année	Sex (M/F) • Sexe (H/F) _____	Country and Province of Birth Pays et province de naissance _____	Personal Health Number Numéro de la carte-santé _____
Mother tongue/Langue maternelle _____	Official language/Langue officielle English Français Neither/Aucune		Language preference/Langue de préférence _____
Organ Donor/Don d'organes over 16 only/plus de 16 ans seulement Y / N	Tissue Donor/Don de tissus over 16 only/plus de 16 ans seulement Y / N	Signature: _____	

2. Dependant • <i>Personne à charge</i>			
Surname • <i>Nom</i>		First name • <i>Prénom</i>	Initials • <i>Initiales</i>
Birth Date • <i>Date de naissance</i>	Sex (M/F) • <i>Sexe (H/F)</i>	Country and Province of Birth <i>Pays et province de naissance</i>	Personal Health Number <i>Numéro de la carte-santé</i>
Day • <i>Jour</i>	Month • <i>Mois</i>	Yr. • <i>Année</i>	
Mother tongue/ <i>Langue maternelle</i>		Official language/ <i>Langue officielle</i>	Language preference/ <i>Langue de préférence</i>
		English Français Neither/Aucune	
Organ Donor/ <i>Don d'organes</i> over 16 only/ <i>plus de 16 ans seulement</i>		Y / N	Tissue Donor/ <i>Don de tissus</i> over 16 only/ <i>plus de 16 ans seulement</i>
		Y / N	Signature: _____

3. Dependant • <i>Personne à charge</i>			
Surname • <i>Nom</i>		First name • <i>Prénom</i>	Initials • <i>Initiales</i>
Birth Date • <i>Date de naissance</i>	Sex (M/F) • <i>Sexe (H/F)</i>	Country and Province of Birth <i>Pays et province de naissance</i>	Personal Health Number <i>Numéro de la carte-santé</i>
Day • <i>Jour</i>	Month • <i>Mois</i>	Yr. • <i>Année</i>	
Mother tongue/ <i>Langue maternelle</i>		Official language/ <i>Langue officielle</i>	Language preference/ <i>Langue de préférence</i>
		English Français Neither/Aucune	
Organ Donor/ <i>Don d'organes</i> over 16 only/ <i>plus de 16 ans seulement</i>		Y / N	Tissue Donor/ <i>Don de tissus</i> over 16 only/ <i>plus de 16 ans seulement</i>
		Y / N	Signature: _____

4. Dependant • <i>Personne à charge</i>			
Surname • <i>Nom</i>		First name • <i>Prénom</i>	Initials • <i>Initiales</i>
Birth Date • <i>Date de naissance</i>	Sex (M/F) • <i>Sexe (H/F)</i>	Country and Province of Birth <i>Pays et province de naissance</i>	Personal Health Number <i>Numéro de la carte-santé</i>
Day • <i>Jour</i>	Month • <i>Mois</i>	Yr. • <i>Année</i>	
Mother tongue/ <i>Langue maternelle</i>		Official language/ <i>Langue officielle</i>	Language preference/ <i>Langue de préférence</i>
		English Français Neither/Aucune	
Organ Donor/ <i>Don d'organes</i> over 16 only/ <i>plus de 16 ans seulement</i>		Y / N	Tissue Donor/ <i>Don de tissus</i> over 16 only/ <i>plus de 16 ans seulement</i>
		Y / N	Signature: _____

5. Dependant • <i>Personne à charge</i>			
Surname • <i>Nom</i>		First name • <i>Prénom</i>	Initials • <i>Initiales</i>
Birth Date • <i>Date de naissance</i>	Sex (M/F) • <i>Sexe (H/F)</i>	Country and Province of Birth <i>Pays et province de naissance</i>	Personal Health Number <i>Numéro de la carte-santé</i>
Day • <i>Jour</i>	Month • <i>Mois</i>	Yr. • <i>Année</i>	
Mother tongue/ <i>Langue maternelle</i>		Official language/ <i>Langue officielle</i>	Language preference/ <i>Langue de préférence</i>
		English Français Neither/Aucune	
Organ Donor/ <i>Don d'organes</i> over 16 only/ <i>plus de 16 ans seulement</i>		Y / N	Tissue Donor/ <i>Don de tissus</i> over 16 only/ <i>plus de 16 ans seulement</i>
		Y / N	Signature: _____

6. Dependant • <i>Personne à charge</i>			
Surname • <i>Nom</i>		First name • <i>Prénom</i>	Initials • <i>Initiales</i>
Birth Date • <i>Date de naissance</i>	Sex (M/F) • <i>Sexe (H/F)</i>	Country and Province of Birth <i>Pays et province de naissance</i>	Personal Health Number <i>Numéro de la carte santé</i>
Day • <i>Jour</i>	Month • <i>Mois</i>	Yr. • <i>Année</i>	
Mother tongue/ <i>Langue maternelle</i>		Official language/ <i>Langue officielle</i>	Language preference/ <i>Langue de préférence</i>
		English Français Neither/Aucune	
Organ Donor/ <i>Don d'organes</i> over 16 only/ <i>plus de 16 ans seulement</i>		Y / N	Tissue Donor/ <i>Don de tissus</i> over 16 only/ <i>plus de 16 ans seulement</i>
		Y / N	Signature: _____

Residential Status • Résidence

New Resident
Nouveau résident

Returning Resident
Résident de retour

Armed Forces, Penitentiary
Forces armées, établissement pénitentiaire
(Please indicate release date if any of the above apply •
Veillez indiquer la date de libération, le cas échéant)

Day • Jour Month • Mois Yr. • Année

Province/Country of last residence • Dernier lieu de résidence (province ou pays)

Mailing Address • *Adresse postale* City/Town • *Ville* Country/Province • *Pays/Province* Postal Code *Code postal*

Former Provincial Health Care No. (if applicable) • Ancien numéro de la carte-santé provinciale (le cas échéant)

Reason for coming to Prince Edward Island • Raison de la venue à l'Île-du-Prince-Édouard

Full-time Student
Étudiant à temps plein

Part-time Student
Étudiant à temps partiel

Employment
Emploi

Other (Please specify)
Autre (Veillez préciser)

Completion Date • *Date d'achèvement* _____

Length of stay on Prince Edward Island • Installation à l'Île-du-Prince-Édouard

Permanent • *Permanente* Temporary • *Temporaire* (Please define • *Veillez définir*) _____

Date of arrival on Prince Edward Island • Date d'arrivée à l'Île-du-Prince-Édouard

Day • Jour Month • Mois Yr. • Année

Citizenship Status (must attach supporting documents for each individual applying before applications may be processed)
Statut de citoyen (Tous les documents à l'appui nécessaires doivent accompagner la demande avant qu'elle ne puisse être traitée.)

Canadian Citizen (Please attach copy of former provincial health care card front and back if applicable or birth certificate)
Citoyen canadien (Veillez joindre une copie de votre ancienne carte santé provinciale (recto et verso) le cas échéant ou de votre certificat de naissance.)

Canadian citizen returning from another country (Please attach copy of Canadian passport)
Citoyen canadien de retour de l'étranger (Veillez joindre une copie de votre passeport canadien.)

Landed Immigrant (Please attach copy of Confirmation of Permanent Residence document or both sides of Permanent Resident card)
Résident permanent (Veillez joindre une copie du document intitulé Confirmation de résidence permanente ou de la carte de résidence permanente (recto et verso).)

International Student (Please attach copy of Study Permit and proof of enrollment from designated learning institution)
Étudiant étranger (Veillez joindre une copie de votre permis d'études et une preuve d'admission de l'établissement d'enseignement désigné.)

Working Visa (Please attach copy of Immigration record) Other (Please specify)
Visa d'emploi (Veillez joindre une copie de votre dossier d'Immigration.) Autre (Veillez préciser)

I hereby authorize the details of this application may be discussed with the Federal Department of Employment and Immigration Canada.
J'autorise par la présente la discussion des détails de la présente demande avec le ministère fédéral de la Citoyenneté et de l'Immigration.

Signature

Signature of Spouse/Partner
Signature du conjoint/partenaire

Declaration • Déclaration

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.

Par la présente, je déclare que je suis légalement autorisé à demeurer au Canada, que j'habite actuellement à l'Île-du-Prince-Édouard et qu'il s'agit du lieu de ma résidence principale. Je comprends que de fournir des renseignements faux dans la présente demande équivaut à commettre une infraction.

J'autorise par la présente la discussion des détails de la présente demande avec le ministère fédéral de la Citoyenneté et de l'Immigration.

Signature

Signature of Spouse/Partner
Signature du conjoint/partenaire

Day • Jour Month • Mois Yr. • Année

Personal Health Card Application Guide • Carte santé personnelle Formulaire de demande Guide

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).

Vous êtes admissible à la carte-santé de l'Î.-P.-É. si vous :

- êtes légalement autorisé à être au Canada;
- êtes domicilié à l'Île-du-Prince-Édouard à l'année et y êtes présent pendant au moins six mois plus une journée chaque année ou;
- êtes un résident de l'Î.-P.-É., aux études à plein temps dans une autre province.

« Résident » signifie une personne légalement autorisée à être ou à rester au Canada, qui est domiciliée et qui réside habituellement à l'Î.-P.-É.

Vous n'êtes pas admissible à la carte-santé de l'Î.-P.-É. si vous êtes :

- une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite à l'Î.-P.-É.;
- un membre des Forces armées canadiennes;
- un détenu d'un pénitencier fédéral; ou
- un étudiant étranger (certaines exceptions s'appliquent).

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. Quelle est votre **langue maternelle**? (La première langue que vous avez apprise)
2. Si votre langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais, dans laquelle des **langues officielles du Canada** êtes-vous le plus à l'aise?
3. Quelle est votre **langue de préférence** pour la prestation de services?

Votre langue de préférence sera indiquée sur votre carte-santé de l'Î.-P.-É. Les renseignements relatifs à la langue aideront Santé Î.-P.-É. à planifier et à offrir des soins de santé de qualité.

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.

Un registre des déclarations d'intention concernant le don d'organes et de tissus permet aux gens de déclarer de façon officielle qu'ils sont prêts à faire don de leurs organes et tissus au moment de leur mort. « **Organe** » désigne les poumons, le cœur, le foie, les reins, le pancréas et l'intestin grêle. « **Tissus** » désigne la peau, les veines, les yeux, les os et les structures connexes, les valvules cardiaques/le péricarde.

Veillez indiquer « Y » (oui) si vous désirez faire un don ou « N » (non) si cela ne vous intéresse pas. Vous pouvez devenir donneur d'organes et de tissus si vous êtes âgé de 16 ans et plus et que vous comprenez la nature et les conséquences de votre don. Les parents ne peuvent pas signer le consentement au nom de leur(s) enfant(s).

Votre décision par rapport au don d'organes et de tissus sera indiquée sur votre carte-santé de l'Î.-P.-É. Dans l'éventualité où vous changeriez d'idée, il est possible de mettre à jour votre intention en remplissant le formulaire « Intention de faire un don et renseignements relatifs à la langue » sur le site :

www.healthpei.ca/dondorganesetdetissus.

Pour obtenir plus de renseignements sur le don d'organes et de tissus, composez le 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.

Les renseignements personnels apparaissant sur le présent formulaire sont recueillis en vertu de l'article 8 (Inscription des personnes autorisées) de la *Health Services Payment Act* de l'Île-du-Prince-Édouard et de ses règlements, et ils seront utilisés pour assurer le droit d'un résident aux services de santé de base. Si vous avez besoin de renseignements supplémentaires, veuillez communiquer avec le Bureau de l'assurance-maladie, 126, chemin Douses, Montague (Î.-P.-É.) C0A 1R0, 1-800-321-5492.

16HPE15-44179