

**Health Card Medical Exemption Request**  
**Demande d'exemption médicale – Carte Santé**

Microfilm Use Only / Réservé au microfilm

**Part A - Health Card Holder Information (to be completed by applicant or legal representative)**

**Partie A : Renseignements sur le titulaire de la carte Santé (à être remplie par le demandeur ou le représentant légal)**

<b>Exemption(s) Requested:</b> <input type="checkbox"/> Photo / Photo <input type="checkbox"/> Signature / Signature <b>Exemption(s) demandée(s) :</b> <input type="checkbox"/> Photo and Signature / Photo et Signature		
Health Number / Numéro de carte Santé	Version / Version	Date of Birth / date de naissance <small>yyyy/aaaa m/m d/j</small>
Last Name / Nom de famille	First Name / Prénom	Middle Name / Second
Street number and name / Numéro civique et nom de rue		City, Town, Village / Ville ou village
Postal Code / Code Postal	Home Telephone Number / Numéro de téléphone à domicile ( )	

**Declaration / Déclaration**

I declare the information I have given in this form and any documents I have provided are true and accurate. I understand that it is an offence to provide false information knowingly. / Je déclare que les renseignements que j'ai fournis dans le présent formulaire et les documents exigés sont véridiques et exacts. Je comprends que fournir sciemment de faux renseignements constitue une infraction.

Signature of Applicant or Legal Representative / Signature du demandeur ou du représentant légal	Date <small>yyyy/aaaa m/m d/j</small>
--	--

**Part B - Declaration of Health Care Provider (complete both sections)**

**Partie B : Déclaration du fournisseur de soins de santé (remplir les deux sections)**

**1. Assessment of Condition / Évaluation de la situation médicale**

The following is my professional opinion with respect to the exemption(s) requested by the applicant: / Voici mon opinion professionnelle au sujet de la ou des exemptions demandées :

The condition(s) is/are expected to be:  Permanent / est permanente, ou du moins semble l'être.  
 La situation médicale :  Subject to Change (Requires health reassessment in 5 years) / est temporaire une réévaluation devra être faite dans 5 ans).

**2. Health Care Provider Information / Renseignements sur le fournisseur de soins de santé**

I am registered with: / Je suis inscrit auprès de :

College of Physicians & Surgeons of Ontario / l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario  
 College of Nurses of Ontario - Registered Nurse (Extended Class) / l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario - Infirmière / Infirmier autorisé (catégorie spécialisée)

Please Print or Stamp **Name & Address** of Health Care Provider / Veuillez écrire en lettres moulées ou estampiller le **nom et l'adresse** de fournisseur de soins de santé

Signature of Health Care Provider / Signature du fournisseur de soins de santé	Date <small>yyyy/aaaa m/m d/j</small>
Health Care Provider's College Number / Numéro de membre du fournisseur de soins de santé	Telephone Number / Numéro de téléphone ( )

Collection of the personal health information on this form is for assessment and verification of eligibility for Ontario health insurance coverage, or related programs, health planning and research, and the administration of the *Health Insurance Act* and the *Ontario Drug Benefit Act*. The information may be used and disclosed in accordance with the *Personal Health Information Protection Act, 2004*, and as set out by the "Ministry of Health and Long-Term Care Statement of Information Practices" which may be accessed at [www.health.gov.on.ca](http://www.health.gov.on.ca). I understand that I may withhold my consent to the collection of this information; but that in doing so may interfere with the provision of my Ontario health insurance coverage. For more information, please call ServiceOntario INFOline at 1-800-268-1154. / Les renseignements personnels fournis dans le présent formulaire sont réunis aux fins d'évaluation et de vérification de l'admissibilité à l'Assurance-santé de l'Ontario, ou aux programmes annexes, de planification et recherche en matière de santé, ainsi que d'administration de la *Loi sur l'assurance-santé* et de la *Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario*. Ces renseignements peuvent être utilisés et divulgués en conformité avec la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* et la Déclaration concernant les pratiques en matière d'information du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, qui se trouve dans le site Web [www.health.gov.on.ca](http://www.health.gov.on.ca). Je comprends que je peux refuser de consentir à fournir ces renseignements, mais que cela peut avoir des conséquences sur la couverture dont je bénéficie dans le cadre de l'Assurance-santé de l'Ontario. Pour obtenir d'autres renseignements, veuillez composer le 1-800-268-1154 (ligne INFO de ServiceOntario).

<b>Ministry Use Only</b>	Processing Clerk Number	Initials	Date
--------------------------	-------------------------	----------	------