

REGISTRATION FORM

FORMULE D'INSCRIPTION

Manitoba Health Insured Benefits Branch
 300 Carlton St.
 Winnipeg, MB R3B 3M9
 (204) 786-7101
 (204) 783-2171 (Fax)

Santé Manitoba Direction des services assurés
 300, rue Carlton
 Winnipeg MB R3B 3M9
 (204) 786-7101
 (204) 783-2171 (Fax)



LIST ONLY THOSE MEMBERS OF THE FAMILY WHO RESIDE IN MANITOBA NE NOMMEZ QUE LES MEMBRES DE LA FAMILLE QUI RÉSIDENT AU MANITOBA				S S E E X X E	BIRTHDATE DATE DE NAISSANCE			SINGLE CÉLIBATAIRE	WIDOWED VEUF(VE)	DIVORCED DIVORCÉ(E)
					Day/Jour	Mo/Mois	Yr/Année			
REGISTRANT SURNAME NOM DE LA PERSONNE À INSCRIRE		FIRST NAME PRÉNOM		INITIALS INITIALES						
If Married, Give Spouse's Maiden Name Nom de jeune fille de votre femme, le cas échéant										
SPOUSE NOM DU CONJOINT		FIRST NAME PRÉNOM		INITIALS INITIALES						
Date of Departure If You Were Previously a Resident of Manitoba Date de départ, si vous habitez autrefois au Manitoba DAY/JOUR MO/MOIS YR/ANNÉE										
LIST ALL CHILDREN UNDER 18 YEARS OF AGE WHO ARE DEPENDENT UPON THE REGISTRANT FOR SUPPORT AND WHO ARE NOT OTHERWISE REGISTERED WITH MANITOBA HEALTH. DONNEZ LES NOMS DE TOUTES LES PERSONNES À CHARGE DE MOINS DE 18 ANS DE LA PERSONNE À INSCRIRE, QUI NE SONT PAS DÉJÀ INSCRITS AUPRÈS DE SANTÉ MANITOBA.										
PREVIOUS MANITOBA HEALTH REGISTRATION NO. ANCIEN N° D'IMMATRICULATION À SANTÉ MANITOBA										
SURNAME NOM		FIRST NAME PRÉNOM		INITIALS INITIALES		S S E E X X E	BIRTHDATE DATE DE NAISSANCE			
							Day/Jour	Mo/Mois	Yr/Année	
If You Were Listed as a Dependent, Give Parents' Registration No. Si vous étiez inscrit(e) comme personne à charge, indiquez le numéro d'immatriculation de vos parents.										
If Parents' Registration No. Not Available, Give Their Names, Birthdates and Address. Si vous n'avez pas le numéro d'immatriculation de vos parents, donnez leurs noms, dates de naissance et adresses.										
If Discharged From The Armed Services, Federal Institution or R.C.M.P., Indicate Date of Discharge. Si vous avez été libéré(e) des forces armées, institutions fédérales ou de la G.R.C., indiquez la date de libération. DAY/JOUR MO/MOIS YR/ANNÉE										
REGISTRANT'S MAILING ADDRESS ADRESSE POSTALE DE LA PERSONNE À INSCRIRE						Date of Arrival in Manitoba Date d'arrivée au Manitoba DAY/JOUR MO/MOIS YR/ANNÉE				
CITY OR TOWN VILLE OU VILLAGE		MUNICIPALITY MUNICIPALITÉ			POSTAL CODE CODE POSTAL		MUN. MUN.			
If family arriving at a later date, indicate their date of arrival Si votre famille arrive à une date plus tard, indiquez la date de leur arrivée DAY/JOUR MO/MOIS YR/ANNÉE										
RESIDENCE ADDRESS (IF DIFFERENT FROM ABOVE) ADRESSE DU DOMICILE (SI ELLE DIFFÈRE DE L'ADRESSE SUSMENTIONNÉE)				REGISTRANT'S EMPLOYER EMPLOYEUR DE LA PERSONNE À INSCRIRE				Group No. No de groupe		
DATE OF EMPLOYMENT DATE D'EMPLOI		DATE OF REGISTRATION DATE DE L'INSCRIPTION		TELEPHONE NO./ N° DE TÉLÉPHONE		SOCIAL INSURANCE NO. N° D'ASSURANCE SOCIALE				
Day/Jour Mo/Mois Yr/Année		Day/Jour Mo/Mois Yr/Année		HOME / DOM.		REGISTRANT / PERSONNE À INSCRIRE				
						SPOUSE / CONJOINT				
IF RETURNING CANADIAN, ATTACH COPY OF CANADIAN PASSPORT OR PROOF OF CANADIAN CITIZENSHIP. SI VOUS ÊTES CANADIEN DE RETOUR, ANNEXEZ À LA PRÉSENTE UNE COPIE DE VOTRE PASSEPORT OU UNE PREUVE DE VOTRE CITOYENNETÉ CANADIENNE.					IF FROM OUTSIDE CANADA, ATTACH PERMANENT RESIDENT DOCUMENTS OR EMPLOYMENT AUTHORIZATION. SI VOUS ÊTES DE L'EXTERIEUR DU CANADA, ANNEXEZ À LA PRÉSENTE UNE COPIE DE VOS DOCUMENTS DE RÉSIDENT PERMANENT OU DE VOTRE AUTORISATION À EXERCER UN EMPLOI.					
I CERTIFY THAT THE INFORMATION CONTAINED HEREIN IS TRUE. SECTION 42 OF THE HEALTH SERVICES INSURANCE ACT PROVIDES FOR A FINE OF UP TO \$5,000.00 FOR A PERSON CONVICTED OF MAKING FALSE AND MISLEADING STATEMENTS. J'ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS DONNÉS DANS LA PRÉSENTE FORMULE SONT EXACTS. LA LOI SUR L'ASSURANCE-MALADIE PRÉVOIT UNE AMENDE D'AU PLUS 5.000 \$ POUR TOUTE PERSONNE RECONNUE COUPABLE D'UNE DÉCLARATION FAUSSE ET TROMPEUSE.										
Is Your Stay Permanent? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Avez-vous l'intention de demeurer de façon permanente au Manitoba <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON										
If "No", When Do You Intend To Leave Manitoba? Dans la négative, quand pensez-vous quitter la province? DAY/JOUR MO/MOIS YR/ANNÉE										
If From Another Province, state Registration No. Si vous venez d'une autre province, indiquez votre numéro d'immatriculation										
Signature of Registrant / Signature de la personne à inscrire _____ Signature of Authorized Agent / Signature de l'agent autorisé _____										
FOR OFFICE USE ONLY / ESPACE RÉSERVÉ										
Cov. A/1 Assur. A/1		REGISTRATION NO. N° D'IMMATRICULATION		COVERAGE DATE PRISE D'EFFET Day/Jour Mo/Mois Yr/Année		DEPT./CLERK N°. MIN.ET N° DU COMMIS				