



DEMANDE D'ADMISSIBILITÉ AU PROGRAMME FÉDÉRAL DE SANTÉ INTÉrimAIRE

Remplissez le présent formulaire **uniquement si vous êtes admissible** au Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI). Si vous demandez la prolongation de votre admissibilité actuelle au PFSI, assurez-vous de présenter votre demande six (6) semaines avant l'expiration de votre période d'admissibilité actuelle. Prenez soin d'avoir lu et compris les directives qui accompagnent le présent formulaire avant de le remplir.

Chaque personne admissible de 14 ans ou plus doit remplir et signer un exemplaire du présent formulaire de demande. Pour chaque enfant de moins de 14 ans, un parent (ou un tuteur légal, s'il y a lieu) doit remplir et signer un exemplaire du présent formulaire de demande.

Vous demandez : (cochez une case) l'admissibilité au PFSI pour la première fois la prolongation de votre admissibilité actuelle au PFSI la confirmation de votre admissibilité étant donné que votre document d'admissibilité au PFSI a été perdu, volé ou détruit

SECTION A - RENSEIGNEMENTS À VOTRE SUJET

Nom de famille		Prénom(s)	
N° d'ID de client		Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Adresse domiciliaire actuelle au Canada N°, rue et appartement			
Ville		Province	Code postal
Coordonnées			
Téléphone à domicile (ind. rég. et n°)		Téléphone au travail/autre (ind. rég. et n°)	Courriel

SECTION B - RENSEIGNEMENTS POUR CONFIRMER VOTRE ADMISSIBILITÉ

Remplissez cette partie pour confirmer votre admissibilité au PFSI si votre document d'admissibilité a été perdu, volé ou détruit.

Votre document d'admissibilité au PFSI a été : (cochez une case)

perdu volé détruit Le ou vers le (AAAA-MM-JJ)

SECTION C - VOTRE STATUT AU CANADA

Réfugié réétabli de l'extérieur au Canada

▶ Recevez-vous actuellement ou avez-vous déjà reçu une aide financière du gouvernement? Oui Non

▶ Êtes-vous visé par une entente de parrainage? Oui Non

Demandeur d'asile au Canada

▶ La Commission de l'immigration et du statut de réfugié (CISR) a-t-elle déjà statué sur votre cas? Oui Non

▶ Si votre demande d'asile a été rejetée, avez-vous : interjeté appel auprès de la Section d'appel des réfugiés? Oui Non

OU

présenté une demande de contrôle judiciaire à la Cour fédérale? Oui Non

▶ Le cas échéant, veuillez indiquer le n° de dossier de la Cour : _____

Personne protégée au Canada

Autre (décrivez votre statut au Canada) ▶

SECTION D - AUTRES INFORMATIONS

1. Êtes-vous actuellement admissible à un régime d'assurance-santé provincial ou territorial?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
2. Avez-vous présenté une demande d'assurance-santé provinciale ou territoriale?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
3. Possédez-vous actuellement une carte d'assurance-maladie provinciale ou territoriale?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	▶ Le cas échéant, vous avez reçu la carte le (AAAA-MM-JJ)
4. Possédez-vous une assurance privée pour couvrir vos soins de santé au Canada?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	▶ Le cas échéant, vous avez obtenu une couverture le (AAAA-MM-JJ)

SECTION E - DÉCLARATION DU DEMANDEUR

La présente déclaration s'applique à tous les renseignements que vous avez fournis dans la présente demande d'admissibilité au PFSI. Assurez-vous de joindre les pièces justificatives énumérées dans le guide d'instructions lié à ce formulaire.

Signez et datez votre formulaire avant de l'envoyer au **centre de l'IRCC** le plus près énuméré dans l'[Appendice A dans le guide d'instructions](#).

- Je déclare que tous les renseignements que j'ai fournis sont véridiques, complets et exacts.
- Je comprends tous les énoncés ci-dessus.
- J'aviserai immédiatement Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada de tout changement aux renseignements ou aux réponses que j'ai fournis dans le présent formulaire de demande.

Signature du :
(cochez la case appropriée) ▶ demandeur parent du demandeur tuteur du demandeur

Signature ▶ _____ Date (AAAA-MM-JJ) _____

Les informations que vous fournissez sur ce formulaire sont recueillies en vertu de l'autorité du Programme fédéral de santé intérimaire et seront utilisées dans l'évaluation de l'admissibilité au Programme fédéral de santé intérimaire. Ils seront conservés dans la banque de renseignements personnels CIC PPU 008, CIC PPU 062 or CIC PPU 065, selon le cas. Ils pourront être communiqués à d'autres organisations conformément au principe d'usage compatible des renseignements aux termes de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Par ailleurs, en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels* et de la *Loi sur l'accès à l'information*, toute personne a le droit de s'attendre à ce que ses renseignements personnels soient protégés et d'y avoir accès. Il est possible d'obtenir plus d'information à ce sujet en visitant le site infosource.gc.ca. **On peut aussi accéder à Infosource à partir des bibliothèques publiques du Canada.**