



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)	Genre <input type="checkbox"/> F Féminin <input type="checkbox"/> M Masculin <input type="checkbox"/> X Un autre genre	
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

<input type="checkbox"/> Réfugié réétabli de l'extérieur au Canada	▶ Recevez-vous actuellement ou avez-vous déjà reçu une aide financière du gouvernement?	▶ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	▶ Êtes-vous visé par une entente de parrainage?	▶ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Demandeur d'asile au Canada	▶ La Commission de l'immigration et du statut de réfugié (CISR) a-t-elle déjà statué sur votre cas?	▶ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	▶ Si votre demande d'asile a été rejetée, avez-vous :	▶ <input type="checkbox"/> interjeté appel auprès de la Section d'appel des réfugiés? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		OU
		▶ <input type="checkbox"/> présenté une demande de contrôle judiciaire à la Cour fédérale? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		▶ Le cas échéant, veuillez indiquer le n° de dossier de la Cour : _____
<input type="checkbox"/> Personne protégée au Canada		
<input type="checkbox"/> Autre (décrivez votre statut au Canada)	▶ <input type="text"/>	

Ce formulaire est produit par Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada et ne doit pas être vendu aux demandeurs.

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 renseignements personnels fournis dans le présent formulaire sont recueillis par Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC) en vertu de la décision du Cabinet datant de février 2016 concernant les paramètres et la portée du Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) et seront utilisés aux fins de l'administration du PFSI. Les renseignements personnels fournis peuvent être communiqués à l'Agence des services frontaliers du Canada, au tiers administrateur des réclamations et aux fournisseurs de soins de santé enregistrés avec le PFSI ainsi qu'aux gouvernements provinciaux/territoriaux à des fins de validation de l'identité et de l'admissibilité. Ils peuvent aussi être utilisés, à l'interne, pour les fins du programme et à des fins de production de rapports ainsi qu'à des fins d'assurance de la qualité. Les renseignements peuvent également servir, à l'interne, à des fins statistiques ou de recherche, de politiques et d'évaluation de programmes, et de vérification interne.

Le fait de ne pas fournir tous les renseignements demandés dans le formulaire pourrait entraîner des retards dans le traitement de la demande, voire son rejet. La *Loi sur la protection des renseignements personnels* accorde à une personne le droit d'accéder à ses renseignements personnels et de les corriger. Vous trouverez plus d'information dans [Info Source](#). Si vous n'êtes pas satisfait de la manière dont IRCC gère vos renseignements personnels, vous pouvez exercer votre droit de déposer une plainte auprès du Commissariat à la protection de la vie privée du Canada. La collecte, l'utilisation, la communication et la conservation de vos renseignements personnels sont décrites plus en détail dans le fichier de renseignements personnels [PPU_052 d'IRCC](#).