

Demande d'exemption de frais médicaux pour les patientes et patients de l'Ontario de l'ESF ByWard

Veuillez remplir ce formulaire et le retourner avec les pièces justificatives requises.*

Nom _____ Date de naissance _____ No. de carte santé _____

No. de téléphone _____ Fournisseur de soins à l'ESF ByWard _____

Adresse (no./rue) _____ App.. _____

Ville _____ Province _____ Code Postal _____

Notez chaque personne à charge et mineure qui habite à la maison:

Nom	Date de naissance	No. de carte de santé
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

*Fournir preuve que vous faites partie du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées ou du programme Ontario au travail. (carnet du programme de médicaments de l'Ontario)

Le Ministère de la santé et des soins de longue durée émet des carnets du programme de médicaments de l'Ontario aux personnes qui vivent de l'aide sociale par l'entremise du programme Ontario au travail ou du programme ontarien de soutien aux personnes handicapées, ainsi que pour d'autres groupes désignés. Le programme de médicaments de l'Ontario rembourse en majeure partie le coût de 3 800 produits pharmaceutiques d'ordonnances, de certains produits nutritionnels et de certains agents réactifs pour diabétiques.

*Personnes âgées (65 et plus)

Fournir preuve que vous faites partie du programme de Supplément de revenu garanti (SRG), programme d'Allocation ou programme d'Allocation au survivant. Copie de la lettre envoyée aux destinataires (par la poste chaque année en juillet par le gouvernement fédéral canadien) décrivant leur nouveau revenu mensuel pour l'année.

Signature _____

Date _____

L'exemption est valide pour un (1) an. Les demandeurs sont priés de présenter une nouvelle demande chaque année.