

Demande d'exemption de frais médicaux pour les patientes et patients du Québec 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 d'aide sociale ou de solidarité sociale du Québec (carnet de réclamation)

Le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale aux bénéficiaires prestataires de l'aide financière de dernier recours, et, à certaines conditions, aux adultes ou aux familles à qui le Ministère ne verse pas de prestations d'aide financière de dernier recours. Les détenteurs d'un carnet de réclamation peuvent obtenir certains médicaments prescrits par un médecin et certains services, tels que les examens de la vue et les soins dentaires.

*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.