



**Veillez lire la page 2 avant de remplir le formulaire. Remplissez toutes les sections. Si vous avez besoin de la couverture Fair PharmaCare de façon urgente, vous pouvez vous inscrire en ligne à [www.health.gov.bc.ca/pharmacare/](http://www.health.gov.bc.ca/pharmacare/) ou en appelant le 604 683-7151 (Vancouver et les environs) ou le 1 800 663-7100 (reste de la province).**

**ASSURÉ(E) - VOTRE NOM TEL QU'IL APPARAÎT SUR VOTRE DÉCLARATION DE REVENU**

NOM DE FAMILLE DE L'ASSURÉ  PRÉNOM DE L'ASSURÉ

ADRESSE  VILLE  PROV  CODE POSTAL

NUMÉRO PERSONNEL DE SANTÉ (NPS)  DATE DE NAISSANCE (MM / JJ / AAAA)  ANNÉE D'IMPOSITION  REVENU NET  **Si vous n'aviez pas de revenu, inscrivez zéro**

**Oui, je remplis les conditions d'inscription (voir au verso)** PUGE  REEI  **Voir l'explication en page 2**

**CONJOINT - VOTRE NOM TEL QU'IL APPARAÎT SUR VOTRE DÉCLARATION DE REVENUES**

NOM DE FAMILLE DU CONJOINT  PRÉNOM DU CONJOINT

NUMÉRO PERSONNEL DE SANTÉ (NPS)  DATE DE NAISSANCE (MM / JJ / AAAA)  ANNÉE D'IMPOSITION  REVENU NET  **Si le conjoint n'avait pas de revenu, inscrivez zéro**

**Oui, le conjoint remplit les conditions d'inscription (voir au verso)** PUGE  REEI  **Voir l'explication en page 2**

**Non, le conjoint ne remplit pas les conditions 1 ou 2 (voir au verso)**

**ENFANTS À CHARGE**

NOM DE FAMILLE DE L'ENFANT  PRÉNOM DE L'ENFANT

NUMÉRO PERSONNEL DE SANTÉ (NPS)  DATE DE NAISSANCE (MM / JJ / AAAA)

NOM DE FAMILLE DE L'ENFANT  PRÉNOM DE L'ENFANT

NUMÉRO PERSONNEL DE SANTÉ (NPS)  DATE DE NAISSANCE (MM / JJ / AAAA)

**SI VOUS AVEZ D'AUTRES ENFANTS, VEUILLEZ COCHER LA CASE ET JOINDRE UN FEUILLET SUPPLÉMENTAIRE OÙ VOUS FOURNIREZ TOUS LES RENSEIGNEMENTS.**

**DÉCLARATION ET CONSENTEMENT – DOIT ÊTRE SIGNÉ (NE PAS MODIFIER LE TEXTE DE L'AUTORISATION CI-DESSOUS)**

**Veillez lire et signer. Si vous êtes marié, ou si vous vivez maritalement, votre conjoint doit également signer.**

Je consens à ce que l'Agence du revenu du Canada divulgue au ministère de la Santé de la Colombie-Britannique et à Health Insurance BC les renseignements qui figurent dans mes déclarations de revenus, ainsi que tout autre renseignement confidentiel exigé.

Les renseignements fournis serviront uniquement à déterminer, vérifier et administrer ma couverture ou celle de ma famille en vertu du régime de Fair PharmaCare. Toutefois, ces renseignements peuvent être agrégés à des fins de planification ou d'évaluation.

Je comprends que mes renseignements seront recueillis, utilisés et divulgués en conformité avec la *Pharmaceutical Services Act* et la *Freedom of Information and Protection of Privacy Act* de la Colombie-Britannique. Ils ne seront divulgués à aucune autre partie sans mon consentement.

Ce consentement est valide pour les deux années d'imposition précédant l'année de la signature du présent document, l'année de la signature et chaque année d'imposition suivante tant que je reste admissible au régime de Fair PharmaCare, ou que ma famille y demeure admissible.

Je comprends que je peux retirer mon consentement en tout temps en communiquant par écrit avec Health Insurance BC, PO Box 9655 Stn Prov Govt, Victoria BC V8W 9P2.

**Veillez cocher cette case si une personne possède une procuration ou toute autre entente légale de représentation et signe en votre nom; joignez une copie de l'entente à votre demande d'inscription. Des copies peuvent être transmises à l'Agence du revenu du Canada (ARC) à sa demande.**

SIGNATURE DE L'ASSURÉ  NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE  SIGNATURE DU CONJOINT  NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE

DATE DE LA SIGNATURE (MM/JJ/AAAA)  TÉLÉPHONE (JOUR)



## Information importante

### Conditions d'inscription

- Vous devez :
1. être résident de la Colombie-Britannique depuis au moins trois mois ;
  2. être inscrit au régime d'assurance-maladie ;
  3. avoir fait une déclaration de revenus à l'Agence du revenu du Canada (ARC) pour l'année d'imposition appropriée.

Si vous avez un conjoint ou des enfants à charge (voir les définitions ci-dessous), vous devez vous inscrire en tant que famille. Si votre conjoint ne remplit pas les conditions d'inscription, vous devez quand même inclure son revenu dans votre demande d'inscription.

**Nouveaux résidents de la province** — inscrivez-vous au régime d'assurance-maladie le plus tôt possible après votre arrivée dans la province. Votre inscription au régime d'assurance-maladie entrera en vigueur quand la période de résidence de trois mois aura pris fin. Inscrivez-vous à *Fair PharmaCare* dès que vous aurez reçu votre *BC Services Card/Care Card*.

**Un seul conjoint remplit les conditions 1 et 2, mais les deux conjoints ont fait une déclaration de revenus pour l'année concernée** — le conjoint qui satisfait aux conditions d'inscription peut inscrire sa famille au régime *Fair Pharmacare*. Il doit inclure le revenu net de chaque conjoint. Tous les membres de la famille sont admissibles à *Fair PharmaCare*, à l'exception du conjoint non résidant. Si le conjoint non résidant s'inscrit par la suite au régime d'assurance-maladie, veuillez en informer *Health Insurance BC*.

**Vous ou votre conjoint n'avez pas fait de déclaration de revenus pour l'année concernée** — faites-le dès que possible. Lorsque vous aurez envoyé la ou les déclarations de revenus à l'ARC, inscrivez votre famille à *Fair PharmaCare*. Nous vous informerons de votre niveau de soutien après avoir vérifié votre revenu net auprès de l'ARC.

**Si vous ne pouvez pas faire une déclaration de revenus pour l'année concernée parce que vous êtes un nouveau résident du Canada**, ou si vous voulez obtenir d'autres informations concernant *Fair PharmaCare*, veuillez communiquer avec *Health Insurance BC* aux numéros de téléphone indiqués au recto 1 de ce formulaire.

### Quelle est la définition de « conjoint »?

Aux fins de *PharmaCare*, un conjoint est une personne mariée à, ou vivant maritalement avec l'assuré(e), et qui peut être du même sexe que l'assuré(e).

### Qui peut être considéré comme enfant à charge ?

Aux fins de *PharmaCare*, un enfant à charge est un résident :

- qui est le pupille ou l'enfant de l'assuré(e) ou de son conjoint ;
- aux besoins duquel l'assuré(e) ou son conjoint subviennent ;
- qui n'est ni marié ni vivant maritalement ;
- qui est soit âgé de 18 ans ou moins, soit âgé de 19 à 24 ans et inscrit dans une école ou une université à temps plein ;
- qui est compris dans la couverture d'assurance-maladie de l'assuré(e) (ou dans celle de son conjoint) ;
- qui n'est pas actuellement inscrit à *PharmaCare* comme membre d'une autre famille.

### Pour remplir le formulaire

Veuillez remplir toutes les sections du formulaire, y compris la déclaration et le consentement. Les formulaires incomplets ne peuvent pas être traités et seront renvoyés.

**Année d'imposition** : Si vous vous inscrivez au régime *PharmaCare* pour 2010, indiquez le revenu net qui apparaît sur votre avis de cotisation pour l'année d'imposition 2008; pour 2011, indiquez le revenu net qui apparaît sur votre Avis de cotisation pour l'année d'imposition 2009, et ainsi de suite.

Note: Étant donné que la date limite pour envoyer une déclaration de revenus est le 30 avril de l'année d'imposition suivante, et que l'ARC impose un délai de traitement, *PharmaCare* ne peut pas utiliser des données fiscales plus récentes pour calculer votre niveau de soutien dans le cadre du régime *Fair PharmaCare*.

**Revenu net** : Indiquez le revenu net qui apparaît à la ligne 236 de votre avis de cotisation de l'ARC ou de votre déclaration de revenus fédérale, et, au besoin, de ceux de votre conjoint.

**Prestation universelle pour la garde d'enfants (PUGE)** : Indiquez le montant inscrit à la ligne 117 de votre déclaration de revenus fédérale et, au besoin, de celle de votre conjoint, pour l'année d'imposition concernée.

**Revenu d'un Régime enregistré d'épargne-invalidité (REEI)** : Indiquez le montant inscrit à la ligne 125 de votre déclaration fédérale et, au besoin, de celle de votre conjoint pour l'année d'imposition concernée.

**Déclaration et consentement** : La section Déclaration et consentement doit être signée par vous (l'assuré) et, le cas échéant, par votre conjoint. Ce consentement permet au ministère de la Santé ou à *Health Insurance BC* de demander directement à l'ARC les informations sur votre revenu qui serviront à calculer le niveau de votre couverture. Veuillez ne pas modifier l'énoncé, car l'ARC considère comme nul tout formulaire comportant des modifications. Sans ce consentement, *Health Insurance BC* ne pourra calculer le niveau de soutien à accorder à votre famille, et la franchise de chacun de ses membres sera fixée au montant le plus élevé.

*PharmaCare* utilise les éléments suivants de votre déclaration de revenus pour calculer le niveau de soutien auquel vous correspondez dans le cadre du régime *Fair PharmaCare* : le revenu net (ligne 236), et, le cas échéant, le montant pour époux ou conjoint de fait (ligne 303), la demande de crédit pour la TPS/TVH (ligne 5105) et la PUGE (ligne 117).

Les renseignements personnels sont recueillis, utilisés, divulgués et protégés en conformité avec la *Freedom of Information and Protection of Privacy Act* de la Colombie-Britannique. Si vous avez des questions sur la collecte ou l'utilisation de ces informations, communiquez avec *Health Insurance BC* à l'adresse ou aux numéros de téléphone indiqués en page 1.

Remarque : le masculin générique est utilisé uniquement pour alléger le texte et désigne aussi bien les hommes que les femmes.