

## Régime 65Plus Plan Processus d'évaluation pour les immigrants reçus

### 1. Demande de participation au régime 65Plus Plan à titre d'immigrant reçu

Les personnes de 65 ans et plus qui résident à Terre-Neuve-et-Labrador et qui souhaitent présenter une demande de participation au régime 65Plus Plan à titre d'immigrant reçu peuvent obtenir un formulaire de demande du Régime de médicaments sur ordonnance de Terre-Neuve-et-Labrador (NLPDP) au **1-888-859-3535** (en anglais). (Formulaire joint) Pour obtenir de l'aide en français, communiquez avec le Bureau des services en français au 709-729-0311 ou sans frais au 1-800-775-6170.

### 2. Évaluation approfondie

Un évaluateur financier examinera le formulaire de demande pour en vérifier les points suivants :

- **Toutes les sections pertinentes de la demande ont été remplies**
- **Une preuve d'âge est fournie (certificat de naissance, passeport, fiche relative au droit d'établissement d'Emploi et Immigration Canada, ou une carte de résident permanent du gouvernement du Canada)**
- **Si la personne a demandé la Sécurité de la vieillesse et le Supplément de revenu garanti**
- **Le numéro de Sécurité de la vieillesse, s'il y a lieu**
- **L'avis de cotisation de Revenu Canada de l'an dernier est fourni**

Si la personne est bénéficiaire de la Sécurité de la vieillesse et du Supplément de revenu garanti de Service Canada, **elle n'a pas à fournir les renseignements ci-dessous** puisque si elle est admissible au paiement du Supplément de revenu garanti dans le cadre des prestations de la Sécurité de la vieillesse, qu'elle a 65 ans ou plus et qu'elle a acquis le statut de résidente permanente au Canada, elle a alors automatiquement droit à la carte de médicaments sur ordonnance au titre du régime 65Plus Plan.

**(Ne fournissez ce qui suit que si vous n'êtes pas bénéficiaire de la Sécurité de la vieillesse et du Supplément de revenu garanti de Service Canada)**

- **Renseignements sur le lieu de résidence au cours des 10 dernières années**
- **Statut de citoyen canadien**
- **Date de naturalisation, le cas échéant**
- **Revenu des 12 derniers mois et avis de cotisation de l'an dernier**
- **La demande doit être signée par le demandeur**
- **La demande doit être signée par un commissaire à l'assermentation, un notaire ou un juge de paix et doit porter le timbre ou le sceau de la personne qui l'autorise.**

**DEMANDE DE PARTICIPATION  
 RÉGIME 65PLUS PLAN**

**NOM :** \_\_\_\_\_  
 (Prénom) (Initiale) (Nom de famille)

**ADRESSE :** \_\_\_\_\_  
 (Rue, case postale) (Ville) (Code postal)

**TÉLÉPHONE :** \_\_\_\_\_ **MCP :** \_\_\_\_\_ **NAS :** \_\_\_\_\_

**SEXE :** Homme \_\_\_\_\_ Femme \_\_\_\_\_

**SITUATION FAMILIALE :** Célibataire \_\_\_ Marié.e \_\_\_ Conjoint.e \_\_\_ Veuf/Veuve \_\_\_\_\_

**DATE DE NAISSANCE :** \_\_\_\_\_ **VILLE :** \_\_\_\_\_ **PROVINCE/ PAYS :** \_\_\_\_\_

**(Veuillez joindre une preuve d'âge) :** Jointe : \_\_\_\_\_ Non disponible : \_\_\_\_\_

Êtes-vous participant à un autre régime d'assurance-médicaments? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_  
 Dans l'affirmative, indiquer l'assureur (p. ex. Croix Bleue) : \_\_\_\_\_

Avez-vous présenté une demande de prestation de la Sécurité de vieillesse? Oui \_\_\_ Non \_\_\_  
 Dans l'affirmative, quel est votre numéro de Sécurité de la vieillesse : \_\_\_\_\_

Avez-vous présenté une demande de Supplément de revenu garanti? Oui \_\_\_ Non \_\_\_

**Si vous êtes bénéficiaire du Supplément de revenu garanti, en fournir une preuve de Service Canada.**

**LES DEMANDEURS BÉNÉFICIAIRES DE LA SÉCURITÉ DE VIEILLESSE ET DU SUPPLÉMENT DE REVENU GARANTI N'ONT PAS À RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES :**

Fournir les détails des dates et du lieu de résidence des 10 dernières années.

(Rue) (Ville) (Province/Pays)

De/du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

De/du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

De/du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

De/du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Avez-vous la citoyenneté canadienne? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_

Dans l'affirmative : De naissance \_\_\_\_\_ ou Par naturalisation \_\_\_\_\_

Si par naturalisation, à quelle date? \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

**Veillez indiquer votre revenu des 12 derniers mois et fournir l'avis de cotisation de Revenu Canada de l'an dernier.**

Total des paiements du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec

\_\_\_\_\_ Demandeur      \_\_\_\_\_ Conjoint.e

Total des autres revenus de pension (pension de retraite ou rente).

Veillez joindre une liste précisant la source et le montant des pensions d'autres pays

\_\_\_\_\_ Demandeur      \_\_\_\_\_ Conjoint.e

Total des prestations d'assurance-emploi

\_\_\_\_\_ Demandeur      \_\_\_\_\_ Conjoint.e

Total des intérêts nets (de la banque, de l'obligation et/ou de l'hypothèque) Total des dividendes nets, et/ou des gains ou pertes en capital (après déductions permises) COCHER (✓) l'espace approprié :

GAIN\_\_ OU PERTE\_\_

Total des loyers nets des biens (après les déductions permises)

\_\_\_\_\_

Total des gains nets provenant d'un emploi (après les déductions permises)

\_\_\_\_\_ Demandeur      \_\_\_\_\_ Conjoint.e

Revenu total provenant d'autres sources (veuillez joindre une liste précisant les sources)

**TOTAL** (Si vous n'aviez aucun revenu, inscrivez « NÉANT »)

\_\_\_\_\_ Demandeur      \_\_\_\_\_ Conjoint.e

**DÉCLARATION**

Par la présente, je demande l'admissibilité au régime 65Plus Plan et je déclare qu'à ma connaissance, les renseignements fournis dans la présente demande sont exacts et complets et j'autorise le ministère de la Santé et des Services communautaires à enquêter sur tout point du revenu indiqué dans la présente demande.

\_\_\_\_\_ SIGNATURE DU DEMANDEUR

\_\_\_\_\_ SIGNATURE DU CONJOINT/DE LA CONJOINTE

Déclaré sous serment devant moi \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ Commissaire à l'assermentation, notaire ou juge de paix

Envoyer la demande à :

NLPDP Assessment Office  
 Department of Health and Community Services  
 P.O. Box 510, Stephenville, NL A2N 3B4

**RÉSERVÉ À L'USAGE INTERNE**

Application      **Approved**\_\_\_\_ **Rejected**\_\_\_\_      Signature \_\_\_\_\_

Eligibility with effect from: \_\_\_\_\_ Termination Date: \_\_\_\_\_

Control Number: \_\_\_\_\_