

State your health insurance number in your former Province or Country. _____

Inscrivez le numéro d'Assurance-maladie de votre ancienne province ou pays. _____

Do you intend to make New Brunswick your permanent residence?

Yes / Oui No / Non

Avez-vous l'intention d'établir une résidence permanente au Nouveau-Brunswick?

Have you come to New Brunswick to attend school or university?

Yes / Oui No / Non

Êtes-vous venu(e) au Nouveau-Brunswick afin de fréquenter une école ou une université?

Date of moving/returning to live permanently in New Brunswick.

D/J MM Y/A

Date de déménagement ou de retour pour habiter de façon permanente au Nouveau-Brunswick.

Are all applicants Canadian Citizens?

Yes / Oui No / Non

Les demandeurs sont-ils tous citoyens canadiens?

New and Returning Residents to New Brunswick, please supply proof of Canadian Citizenship for all applicants

Les nouveaux résidents ou résidents de retour au Nouveau-Brunswick doivent nous faire parvenir une preuve de citoyenneté canadienne pour tous les requérants(es).

All Non-Canadians must forward a copy of all Canadian Immigration identification records.

Tous les citoyens non-canadiens doivent nous faire parvenir une copie de tous les dossiers d'identité du Centre d'immigration Canada.

IF MARRIED, COMPLETE THIS SECTION ALSO

SI MARIÉ(E), REMPLIR CETTE SECTION

Did your spouse and dependant children accompany you?

Yes / Oui No / Non

Votre conjoint et vos personnes à votre charge vous ont-ils accompagnés?

If no, when are they expected to join you?

D/J MM Y/A

Si non, quand vous rejoindront-ils?

New Brunswick Medicare number of spouse

N° d'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick du conjoint

Name of spouse prior to marriage

Nom du conjoint(e) avant le mariage

If spouse was previously married, give name

Indiquez le nom du conjoint(e) s'il/elle était marié(e) auparavant

Are/Were you or your spouse a regular member of:

Est-ce que vous ou votre conjoint(e) êtes/étiez membre régulier :

The R.C.M.P. / de la G.R.C. The Armed Forces / des Forces armées

Date of enlistment / Date d'engagement

D/J MM Y/A

Official date of discharge / Date officielle du retrait

D/J MM Y/A

Name of member / Nom du membre

State Province of Release / Nom de la province du retrait

If being released from a penal institution:

Si vous êtes mis en liberté par un pénitencier :

Federal / Fédéral Provincial / Provincial

Date of entry / Date d'entrée

D/J MM Y/A

Date of release / Date de mise en liberté

D/J MM Y/A

State Province of Release / Nom de la province de mise en liberté

Nom de la province de mise en liberté

Name of Inmate / Nom du détenu

Have you and /or any member of your household left New Brunswick for 182 days or more in the last 12 months?

Est-ce que vous-même ou un membre de votre foyer avez quitté le Nouveau Brunswick pour une période de 182 jours ou plus pendant les derniers 12 mois?

If yes, give: Name(s)

Si oui, préciser : Nom(s)

Date of departure / Date du départ

D/J MM Y/A

Date of return / Date de retour

D/J MM Y/A

Destination

Reason for absence / Raison de l'absence

Remarks

Observations

Employer and/or occupation

Employeur et/ou profession

Telephone: Home

Work

Téléphone : Domicile

Travail

RESIDENT DECLARATION

DÉCLARATION DE RÉSIDENT

A resident means a person who makes their home and is ordinarily present in New Brunswick but does not include a transient or visitor to the province.

Un résident désigne une personne qui est établie et vit habituellement au Nouveau-Brunswick mais ne comprend ni les personnes de passage au Nouveau-Brunswick ni les visiteurs.

Any person who **violates or assists** a person in violating the residency requirements is guilty of an offence and liable to either a fine and/or imprisonment.

Quiconque **enfreint** les dispositions relatives à la résidence ou **aide** une personne à les enfreindre est coupable d'une infraction et passible d'une peine d'emprisonnement ou des deux.

I, the registrant, hereby declare that I have read the above definition of a "resident" and that the information given on this form is correct and that the persons listed are permanent residents in accordance with the definitions of a "resident" indicated above.

Je, le demandeur, déclare par la présente que j'ai lu la définition de «résident» ci-dessus et que les renseignements figurant sur ce formulaire sont exacts. Les personnes dont les noms apparaissent ici sont bien des résidents permanents conformément à la définition de «résident» ci-dessus.

Date _____ Signature _____

Application for Registration - Medicare

- Please complete the New Brunswick Medicare Application for Registration form if you are a **New Resident** or a **Returning Resident**.
If previously registered with Medicare under a different name, please advise.
- Please ensure that all areas of the form are completed. If a particular question or section does not pertain to you, indicate N/A for “not applicable”. Incomplete forms will be returned to the applicant.
- Please sign the section “Resident Declaration” upon completion of the form. Unsigned forms will also be returned to the applicant.
- Please include your complete mailing address, giving street name and number, route number, apartment #, municipality, province and postal code. Provide your home address if different than your mailing address.
- New and returning applicants **must provide proof of Canadian citizenship**.
It may be in the form of:
 - birth certificate;
 - Canadian Citizenship card;
 - Passport;
 - Indian Status card; or
 - Baptismal certificate (if place of birth is identified)All non-Canadians must forward a copy of all Canadian Immigration identification records.
- Please include a telephone number or other contact information should Medicare have difficulty processing your request.
- A separate application form must be completed for any dependents 19 years of age or older **unless** the dependent member is under the age of 21 years and in full time attendance at a school or university outside New Brunswick.
- If you require assistance or have questions with respect to this form, please feel free to contact Service New Brunswick’s TeleService toll free at 1-888-762-8600.
- Please allow four to six weeks for processing your application.

Completed application forms may be mailed to the address below or delivered in person to any Service New Brunswick office.

Department of Health and Wellness
Medicare
PO Box 5100
Fredericton NB
E3B 5G8