



RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ DU YUKON  
**AVIS DE RETOUR À LA SUITE D'UNE ABSENCE PROLONGÉE**

**À qui s'adresse ce formulaire?**

- Le présent formulaire s'adresse à tous les résidents du Yukon qui ont rempli un avis d'absence prolongée (formulaire YG3383) et qui sont de retour dans le territoire.

**Pourquoi déclarer votre retour à la suite d'une absence prolongée?**

- Pour maintenir votre admissibilité au Régime d'assurance-santé du Yukon, vous devez aviser les Services de santé assurés et de santé auditive à votre retour de toute absence prolongée du territoire.

Renseignements personnels de la personne qui revient – vous devez fournir une adresse actuelle au Yukon			
Nom (prénom, initiales, nom de famille)		N° de Régime d'assurance-santé du Yukon	
		0 0 - -	
Adresse au Yukon (case postale/rue)			
Ville/Localité		Territoire Yukon	Code postal
Tél. (domicile/cellulaire)		Tél. (autre)	
<b>Retour d'absence prolongée</b>			
Je suis de retour au Yukon à la suite d'une absence prolongée. J'ai informé les Services de santé assurés et de santé auditive de mon absence en remplissant un avis d'absence prolongée (formulaire YG3383) avant mon départ.			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Je suis rentré au Yukon : _____ AAAA/MM/JJ		Si vous vous êtes absenté pour poursuivre vos études, indiquez la date d'obtention de votre diplôme : _____ AAAA/MM/JJ	
<b>Déclaration</b>			
J'atteste être résident du Yukon.			
Je déclare que tous les renseignements contenus dans le présent formulaire sont vrais et exacts.			
Je comprends que toute fausse déclaration volontaire de ma part dans la présente demande constitue une infraction. Je comprends que les renseignements que j'ai fournis dans le présent avis peuvent être utilisés pour administrer d'autres programmes offerts par les Services de santé assurés et de santé auditive.			
Nom en lettres détachées _____		Signature _____	Date _____

Transmettez le formulaire rempli aux Services de santé assurés et de santé auditive par l'une des méthodes suivantes :

- Par télécopieur : 867-393-6486
- Par la poste : Services de santé assurés (H-2), C.P. 2703, Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6
- En personne : Financial Plaza, 204, rue Lambert, 4<sup>e</sup> niveau, Whitehorse (Yukon)

**Remarque :** Nous n'acceptons pas les formulaires d'avis de retour à la suite d'une absence prolongée par courriel.

**Renseignements supplémentaires :** Pour en savoir plus, contactez-nous par l'une des méthodes ci-dessus, envoyez un courriel à yukon.healthcare@gov.yk.ca ou téléphonez au 867-667-5209 ou au 1-800-661-0408, poste 5209 (appel gratuit au Yukon).

**Réservé à l'administration**

Demande reçue par : \_\_\_\_\_ Date de réception (AAAA/MM/JJ) : \_\_\_\_\_

Les renseignements personnels demandés dans le présent formulaire sont recueillis, utilisés et divulgués conformément à la Loi sur la protection et la gestion des renseignements médicaux du Yukon ainsi qu'aux autres lois applicables. Pour consulter les pratiques en matière de renseignements de Santé et Affaires sociales, rendez-vous à l'adresse yukon.ca/healthprivacy ou envoyez un courriel à l'agent de la protection de la vie privée, à healthprivacy@gov.yk.ca.