

# Santé Î.-P.-É.

Santé publique - Programmes de soins dentaires  
C.P. 2000  
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)  
C1A 7N8

## Programme de soins dentaires pour les enfants de l'Î.-P.-É. Demande d'exemption de contribution parentale

Téléphone : 902-368-5460  
Sans frais : 1-866-368-5460  
Télécopieur : (902) 368-4922  
[www.healthpei.ca](http://www.healthpei.ca)

**Le Programme de soins dentaires pour les enfants fournit des services de traitement dentaire aux enfants âgés de 3 à 17 ans qui ne sont pas couverts par un régime d'assurance dentaire privé.**

**Les parents pourraient être admissibles à une exemption de la contribution parentale de 20 p. 100 pour les services reçus dans le cadre du programme, si leur revenu familial total net de la dernière année s'élève à moins de 30 000 \$.**

*Veillez fournir les renseignements demandés ci-dessous :*

Nom du demandeur (nom, prénom, initiale)	Date de naissance			Numéro de carte-santé
	J	M	A	
Adresse postale		Ville		Code postal
Numéros de téléphone		Maison _____ - _____ - _____		Travail _____ - _____ - _____
Nom du conjoint ou du conjoint de fait (nom, prénom, initiale)	Date de naissance			Numéro de carte-santé
	J	M	A	
<b>Personnes à charge âgées de 3 à 17 ans</b> (nom, prénom, initiale)	Date de naissance			Numéro de carte-santé
	J	M	A	
1				
2				
3				
4				
5				
6				

**Veillez noter : vous devez fournir la preuve de votre revenu familial net pour faire approuver la demande.**

Voici l'une ou l'autre des preuves acceptables du revenu net de votre famille :

- un avis de cotisation ou avis de nouvelle cotisation tiré de votre déclaration de revenus de l'an dernier; un imprimé de l'option « C » fourni par l'Agence du revenu du Canada;
- une copie de votre plus récent bordereau de chèque pour un crédit de TPS qui indique votre revenu familial net.
- Les feuillets T4 ou les déclarations de revenus NE sont PAS une preuve de revenu familial net étant donné qu'ils n'ont pas été vérifiés par l'Agence de revenu du Canada.

### Énoncé d'exactitude des renseignements

Je certifie que les renseignements fournis dans la présente demande au Programme de soins dentaires pour les enfants de l'Î.-P.-É. sont exacts. Je consens à ce que ces renseignements soient vérifiés. Je comprends qu'il est illégal de donner des renseignements faux dans cette demande.

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

### Énoncé de confidentialité

La *Freedom of Information and Protection of Privacy Act* (loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée - AIPVP) de l'Île-du-Prince-Édouard régit la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels contenus dans le présent formulaire.

Si vous avez des questions concernant la collecte, l'utilisation ou la divulgation de vos renseignements personnels, veuillez communiquer avec le coordonnateur de l'AIPVP de Santé Î.-P.-É. au 902-368-4942.