

# DÉCLARATION

## Programme de soins dentaires pour les enfants de l'Île-du-Prince-Édouard

Santé publique — Programmes de soins dentaires

C.P. 2000

Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard) C1A 7N8

Téléphone : (902) 368-5460

Sans frais : 1-866-368-5460

Télécopieur : (902) 368-4922

[www.healthpei.ca/soinsdentaires](http://www.healthpei.ca/soinsdentaires)

Cher parent ou tuteur,

Les enfants âgés de 3 à 17 ans dont la famille ne possède pas d'assurance dentaire peuvent recevoir des services de traitement dentaire par l'entremise du Programme de soins dentaires pour les enfants (PSDE).

Les enfants couverts par le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) sont admissibles à recevoir des services de traitement dentaire supplémentaires par l'entremise du PSDE.

Veillez remplir le présent formulaire avant que vos enfants reçoivent des soins dentaires par l'entremise du PSDE.

Cette déclaration prend fin le **31 décembre de chaque année**.

Veillez fournir les renseignements demandés ci-dessous :

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

**Énoncé d'exactitude des renseignements (veuillez cocher la case appropriée)**

J'atteste que les personnes à charge ci-dessus :

- a. ne sont pas couvertes par un régime privé d'assurance dentaire.....       b. sont couvertes par le PFSI.....

J'atteste que les renseignements fournis dans le présent formulaire dans le cadre du Programme de soins dentaires pour les enfants de l'Île-du-Prince-Édouard sont exacts. Je comprends que fournir des renseignements faux dans le présent formulaire est une infraction. Je reconnais et je comprends que s'il est déterminé que j'ai fourni de renseignements faux dans le présent formulaire, je pourrais faire face à une sanction juridique et avoir à rembourser le Programme de soins dentaires pour les enfants pour tous soins dentaires ayant été reçus par une personne sous ma charge par l'entremise du programme.

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 et la divulgation de vos renseignements personnels, veuillez communiquer avec le coordonnateur de l'AIPVP de Santé Î.-P.-É. au 902-368-4942..