

Beaux sourires Ontario

Formulaire de notification aux parents
Volet Soins essentiels et d'urgence
(SEU-BSO)

Veuillez faire parvenir ce formulaire à :

Bureau de santé publique : **Bureau de santé du district de Simcoe Muskoka**

Adresse : **Barrie by the Bay
80, rue Bradford, bureau 403
Barrie (Ontario) L4N 6S7**

Tél. : **705-721-7520x8804** Téléc. : **705-734-9369**

Réservé au bureau de santé publique (BSP)

Nom du client : **Maurice la Molaire**

Section 2A – Le client aurait des difficultés financières s’il devait payer le traitement

Veuillez répondre aux questions suivantes.

1. Le revenu de votre ménage vous permet-il de bénéficier de la prestation ontarienne pour enfants?
En cas de doute, veuillez communiquer avec le bureau de santé publique de votre localité. Oui Non
2. Si vous avez payé le traitement, cela occasionnera-t-il des difficultés financières pour votre ménage entraînant l'une des situations suivantes :
 - a) Incapacité de payer le loyer ou l'hypothèque;
 - b) Incapacité à payer les factures domestiques;
 - c) Impossibilité d'acheter de la nourriture pour la famille; ou
 - d) L'enfant, le jeune ou la famille devra recourir à une banque alimentaire pour se nourrir. Oui Non

Si vous avez répondu NON aux DEUX questions :

Vous **ne** remplissez **pas** les critères d'admissibilité financière du volet Soins essentiels et d'urgence du programme Beaux sourires Ontario. Veuillez remplir la section 1 et déposer ou envoyer le formulaire rempli à votre bureau de santé publique à l'adresse indiquée ci-dessus.

Si vous avez répondu OUI à l'une ou l'autre de ces questions :

Vous remplissez les critères d'admissibilité financière du volet Soins essentiels et d'urgence du programme Beaux sourires Ontario. Veuillez remplir la section 2 et déposer ou envoyer le formulaire rempli à votre bureau de santé publique à l'adresse indiquée ci-dessus.

Section 2B – Renseignements sur le demandeur

Le demandeur est le : (choisissez une réponse)

- Parent qui a la garde de l'enfant
- Tuteur légal
- Jeune – présentant la demande en son propre nom

Nom la Molaire	
Prénom Marc	Autre prénom (le cas échéant)
Téléphone 705-123-4567	

Beaux sourires Ontario

Formulaire de notification aux parents Volet Soins essentiels et d'urgence (SEU-BSO)

Veuillez faire parvenir ce formulaire à :

Bureau de santé publique : Bureau de santé du district de Simcoe Muskoka

Adresse : Barrie by the Bay
80, rue Bradford, bureau 403
Barrie (Ontario) L4N 6S7

Tél. : 705-721-7520x8804 Téléc. : 705-734-9369

Réservé au bureau de santé publique (BSP)

Nom du client : Maurice la Molaire

Adresse du domicile

Numéro d'unité	Numéro municipal	Rue
	1	rue Happy
Ville		Province
Barrie		Ontario
		Code postal
		A1B 2C3

Adresse postale Cochez (✓) si identique à l'adresse du domicile

Numéro d'unité	Numéro municipal	Rue
	1	rue Happy
Ville		Province
Barrie		Ontario
		Code postal
		A1B 2C3

Section 2C – Renseignements sur le client (enfant/jeune)

Nom	
la Molaire	
Prénom	Autre prénom (le cas échéant)
Maurice	
Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Sexe
2023/01/01	<input checked="" type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autre
École (le cas échéant)	
École publique Beau-Soleil	

Section 2D – Autre assurance

Les enfants et les jeunes qui ont une autre assurance peuvent s'inscrire au programme Beaux sourires Ontario, mais doivent d'abord utiliser leur propre assurance avant de se prévaloir de la couverture du programme Beaux sourires Ontario.

Votre enfant bénéficie-t-il d'une couverture d'assurance comprenant des prestations dentaires? Oui Non

Les familles ou les jeunes qui ne peuvent pas se permettre d'utiliser une autre assurance en premier peuvent être exemptés de cette exigence et recevoir un traitement en vertu du programme Beaux sourires Ontario en tant que premier payeur.

Êtes-vous en mesure d'utiliser une autre assurance en premier? Oui Non

Beaux sourires Ontario

Formulaire de notification aux parents Volet Soins essentiels et d'urgence (SEU-BSO)

Veuillez faire parvenir ce formulaire à :

Bureau de santé publique : Bureau de santé du district de Simcoe Muskoka

Adresse : Barrie by the Bay
80, rue Bradford, bureau 403
Barrie (Ontario) L4N 6S7

Tél. : 705-721-7520x8804 Téléc. : 705-734-9369

Réservé au bureau de santé publique (BSP)

Nom du client : Maurice la Molaire

Section 2E – Conditions et consentement

Je déclare que :

- Le client visé par cette demande au titre du volet Soins essentiels et d'urgence (SEU) du programme Beaux sourires Ontario (BSO) se conforme aux exigences d'admissibilité du volet SEU du programme BSO;
- Je n'ai pas fourni de faux renseignements sur le client, sur moi-même ou sur mon ménage, et je comprends que toute fausse déclaration pourrait entraîner le retrait immédiat du client du volet SEU du programme BSO et que le gouvernement de l'Ontario pourrait demander le remboursement des services rendus pendant que le client n'était pas admissible au programme;
- Je comprends que les renseignements contenus dans cette demande peuvent faire l'objet d'une vérification et que je dois immédiatement signaler tout changement pouvant avoir des conséquences sur l'admissibilité du client au ministère de la Santé;
- Je comprends que l'adresse postale fournie à la section 2B de ce formulaire de demande constituera l'adresse postale utilisée pour le client inscrit;
- Je comprends que seules certaines interventions dentaires sont couvertes par le volet SEU du programme BSO, comme mentionné dans le Guide des services dentaires et des honoraires de Beaux sourires Ontario et j'ai la responsabilité de payer les services non couverts ou payés en vertu du volet SEU-BSO;
- Je comprends que, dans la mesure du possible, une couverture existante d'assurance publique ou privée de soins dentaires pour le client indiqué doit être utilisée avant tout recours au volet SEU du programme BSO;
- Je comprends que si le client inscrit possède une autre assurance, on pourrait me demander de faire parvenir une lettre de ma compagnie d'assurance donnant de plus amples renseignements sur cette assurance;
- Je comprends que si je suis incapable d'utiliser mon autre assurance en premier, je peux recevoir un traitement en vertu du volet SEU du programme BSO comme premier payeur;
- Je comprends que la carte dentaire du programme Beaux sourires Ontario est valide pendant une période maximale de 12 mois à partir de la date de l'inscription et expirera à la fin de la période de 12 mois ou au 18^e anniversaire du client inscrit, la première des dates prévalant;
- Je consens à ce que l'on recueille, utilise et divulgue tout renseignement contenu dans ce formulaire ou transmis en lien avec ce formulaire par et entre mon ou mes fournisseurs de soins dentaires, le conseil de santé (bureau de santé publique) pertinent et le ministère de la Santé;
- Je consens également à la cueillette et à la divulgation de renseignements connexes sur le traitement entre mon ou mes fournisseurs de soins dentaires, le conseil de santé pertinent et le ministère de la Santé aux fins de suivi et de gestion de cas, d'administration du programme, d'établissement de rapport et d'évaluation.

Signature du parent/tuteur/jeune

X *Marc la Molaire*

Date (aaaa/mm/jj)

2023/11/05

Le formulaire dûment rempli doit être retourné par la poste ou par télécopieur ou remis au bureau de santé publique à l'adresse indiquée en haut de cette page dans les 20 jours ouvrables.

[Imprimer le formulaire](#)

[Effacer le formulaire](#)