

# Health PEI

One Island Health System

PO Box 3000

126 Douses Road, Montague

Prince Edward Island, C0A 1R0 Canada

Telephone: (902) 838-0900 / 1-800-321-5492

## Personal Health Card Application

### طلب البطاقة الصحية

### الشخصية

الصحة جزيرة الأمير إدوارد

النظام الصحي في جزيرة واحدة

ص.ب 3000

طريق دوز، مونتاجو 126

كندا الهاتف C0A 1R0، جزيرة الأمير إدوارد

1-800-321-5492 / 838-0900 (902)

Please print all information clearly.  
Complete in full and return to above address.

يرجى طباعة كافة المعلومات بشكل واضح  
أكملها بالكامل وارجع إلى العنوان أعلاه

For Office Use Only للإستخدام المكثبي فقط	Document No. • رقم الوثيقة	_____	Household No. • رقم الأسرة	_____
	Date Eligible • التاريخ مؤهل	_____	Status • حالة	_____
	Date Entered • تاريخ دخول	Day • سنة   Month • شهر   Yr. • يوم	Entered by • تم الدخول بواسطة	_____
	Date Approved • تاريخ الموافقة	Day • سنة   Month • شهر   Yr. • يوم	Approved by • تمت الموافقة عليه من قبل	_____

#### LIST BELOW THE NAMES OF ALL OF PERSONS REGISTERING FOR HEALTH CARE COVERAGE •

أدرج أدناه أسماء جميع الأشخاص المسجلين للحصول على تغطية الرعاية الصحية

Name • اسم									
Surname • اسم العائلة		First Name • الاسم الأول		Initials • الأحرف الأولى					
Birth Date • تاريخ الميلاد		Sex (M/F) • (الجنس رجال/نساء)		Country and Province of Birth • البلد ومقاطعة الميلاد		Personal Health Number • الرقم الصحي الشخصي			
Day • سنة   Month • شهر   Yr. • يوم									
Mailing Address • العنوان البريدي									
Street • شارع		Apt# • ملائم #		P.O. Box • صندوق بريد		City/Town • المدينة / البلدة			
Postal Code • رمز بريدي		Home • الصفحة الرئيسية		Telephone No. • الهاتف لا		Cell • الخليية		البريد الإلكتروني • Email	
		( )		( )		( )			
Mother Tongue • اللغة الأم		Official Language • لغة رسمية				Language Preference • تفضيل اللغات			
		English • إنجليزية   French • الفرنسية   Neither • لا							
Organ Donor • تبرع بالأعضاء		Y • نعم / N • لا		Tissue Donor • متبرع بالأنسجة		Y • نعم / N • لا		Signature • إمضاء	
Over 16 only • فوق 16 فقط				Over 16 only • فوق 16 فقط					

Spouse (Surname, First name, Initials) • (زوج (اللقب، الاسم الأول، و الأحرف الأولى											
Surname • اسم العائلة		First Name • لاسم الأول		Initials • الأحرف الأولى							
Birth Date • تاريخ الميلاد		(Sex (M/F) • (الجنس رجال/نساء)		Country and Province of Birth • البلد ومقاطعة الميلاد		Personal Health Number • الرقم الصحي الشخصي					
Day • سنة   Month • شهر   Yr. • يوم											
Mother Tongue • اللغة الأم				Official Language • لغة رسمية				Language Preference • تفضيل اللغات			
				English • إنجليزية   French • الفرنسية   Neither • لا							
Organ Donor • تبرع بالأعضاء				Y • نعم / N • لا		Tissue Donor • متبرع بالأنسجة		Y • نعم / N • لا		Signature • إمضاء	
Over 16 only • فوق 16 فقط						Over 16 only • فوق 16 فقط					

1. Dependant • متكل											
Surname • اسم العائلة		First Name • لاسم الأول		Initials • الأحرف الأولى							
Birth Date • تاريخ الميلاد		(Sex (M/F) • (الجنس رجال/نساء)		Country and Province of Birth • البلد ومقاطعة الميلاد		Personal Health Number • الرقم الصحي الشخصي					
Day • سنة   Month • شهر   Yr. • يوم											
Mother Tongue • اللغة الأم				Official Language • لغة رسمية				Language Preference • تفضيل اللغات			
				English • إنجليزية   French • الفرنسية   Neither • لا							
Organ Donor • تبرع بالأعضاء				Y • نعم / N • لا		Tissue Donor • متبرع بالأنسجة		Y • نعم / N • لا		Signature • إمضاء	
Over 16 only • فوق 16 فقط						Over 16 only • فوق 16 فقط					

2. Dependant • متكل			
Surname • اسم العائلة		First Name • لاسم الأول	
Birth Date • تاريخ الميلاد		Country and Province of Birth • البلد ومقاطعة الميلاد	
Sex (M/F) • (الجنس رجال/نساء)		Initials • الأحرف الأولى	
Day • سنة Month • شهر Yr. • يوم		Personal Health Number • الرقم الصحي الشخصي	
Mother Tongue • اللغة الأم		Official Language • لغة رسمية	
English • إنجليزية French • الفرنسية Neither • لا		Language Preference • تفضيل اللغات	
Organ Donor • تبرع بالأعضاء Over 16 only • فوق 16 فقط		Tissue Donor • متبرع بالأنسجة Over 16 only • فوق 16 فقط	
Y • نعم / N • لا		Y • نعم / N • لا	
Signature •		إمضاء	

3. Dependant • متكل			
Surname • اسم العائلة		First Name • لاسم الأول	
Birth Date • تاريخ الميلاد		Country and Province of Birth • البلد ومقاطعة الميلاد	
Sex (M/F) • (الجنس رجال/نساء)		Initials • الأحرف الأولى	
Day • سنة Month • شهر Yr. • يوم		Personal Health Number • الرقم الصحي الشخصي	
Mother Tongue • اللغة الأم		Official Language • لغة رسمية	
English • إنجليزية French • الفرنسية Neither • لا		Language Preference • تفضيل اللغات	
Organ Donor • تبرع بالأعضاء Over 16 only • فوق 16 فقط		Tissue Donor • متبرع بالأنسجة Over 16 only • فوق 16 فقط	
Y • نعم / N • لا		Y • نعم / N • لا	
Signature •		إمضاء	

4. Dependant • متكل			
Surname • اسم العائلة		First Name • لاسم الأول	
Birth Date • تاريخ الميلاد		Country and Province of Birth • البلد ومقاطعة الميلاد	
Sex (M/F) • (الجنس رجال/نساء)		Initials • الأحرف الأولى	
Day • سنة Month • شهر Yr. • يوم		Personal Health Number • الرقم الصحي الشخصي	
Mother Tongue • اللغة الأم		Official Language • لغة رسمية	
English • إنجليزية French • الفرنسية Neither • لا		Language Preference • تفضيل اللغات	
Organ Donor • تبرع بالأعضاء Over 16 only • فوق 16 فقط		Tissue Donor • متبرع بالأنسجة Over 16 only • فوق 16 فقط	
Y • نعم / N • لا		Y • نعم / N • لا	
Signature •		إمضاء	

5. Dependant • متكل			
Surname • اسم العائلة		First Name • لاسم الأول	
Birth Date • تاريخ الميلاد		Country and Province of Birth • البلد ومقاطعة الميلاد	
Sex (M/F) • (الجنس رجال/نساء)		Initials • الأحرف الأولى	
Day • سنة Month • شهر Yr. • يوم		Personal Health Number • الرقم الصحي الشخصي	
Mother Tongue • اللغة الأم		Official Language • لغة رسمية	
English • إنجليزية French • الفرنسية Neither • لا		Language Preference • تفضيل اللغات	
Organ Donor • تبرع بالأعضاء Over 16 only • فوق 16 فقط		Tissue Donor • متبرع بالأنسجة Over 16 only • فوق 16 فقط	
Y • نعم / N • لا		Y • نعم / N • لا	
Signature •		إمضاء	

6. Dependant • متكل			
Surname • اسم العائلة		First Name • لاسم الأول	
Birth Date • تاريخ الميلاد		Country and Province of Birth • البلد ومقاطعة الميلاد	
Sex (M/F) • (الجنس رجال/نساء)		Initials • الأحرف الأولى	
Day • سنة Month • شهر Yr. • يوم		Personal Health Number • الرقم الصحي الشخصي	
Mother Tongue • اللغة الأم		Official Language • لغة رسمية	
English • إنجليزية French • الفرنسية Neither • لا		Language Preference • تفضيل اللغات	
Organ Donor • تبرع بالأعضاء Over 16 only • فوق 16 فقط		Tissue Donor • متبرع بالأنسجة Over 16 only • فوق 16 فقط	
Y • نعم / N • لا		Y • نعم / N • لا	
Signature •		إمضاء	

<b>Residential Status • الوضع السكني</b>			
<input type="checkbox"/> New Resident • مقيم جديد	<input type="checkbox"/> Returning Resident • عودة المقيم	<input type="checkbox"/> Armed Forces, Penitentiary • القوات المسلحة, إصلاحيية (Please indicate release date if any of the above apply) • (يرجى الإشارة إلى تاريخ الإصدار في حالة تطبيق أي مما سبق)	
		Day • سنة	Month • شهر
Yr. • يوم			
<b>Province/Country of last residence • المحافظة/بلد الإقامة الأخيرة</b>			
Mailing Address • العنوان البريدي		City/Town • المدينة/البلدة	Country/Province • البلد/المقاطعة
Postal Code • رمز بريدي			
<b>Former Provincial Health Care No. (if applicable) •</b> رقم الرعاية الصحية الإقليمية السابقة (إن أمكن)			
<b>Reason for coming to Prince Edward Island • سبب المجيء إلى جزيرة الأمير إدوارد</b>			
<input type="checkbox"/> Full-Time Student • طالب بدوام كامل	<input type="checkbox"/> Part-Time Student • طالب بدوام جزئي	<input type="checkbox"/> Employment • توظيف	<input type="checkbox"/> Other (Please specify) • (آخر يرجى التحديد)
Completion Date • موعد الإكمال			
<b>Length of stay on Prince Edward Island • مدة الإقامة في جزيرة الأمير إدوارد</b>			
Permanent • دائم		Temporary (Please define) • مؤقت (يرجى التحديد)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Date of arrival on Prince Edward Island • تاريخ الوصول إلى جزيرة الأمير إدوارد</b>			
		Day • سنة	Month • شهر
Yr. • يوم			

<b>Citizenship Status (must attach supporting documents for each individual applying before applications may be processed) •</b> حالة المواطنة (يجب إرفاق المستندات الداعمة لكل فرد يتقدم قبل معالجة الطلبات)	
<input type="checkbox"/> Canadian Citizen (Please attach copy of former provincial health care card front and back if applicable or birth certificate) • مواطن كندي (يرجى إرفاق نسخة من بطاقة الرعاية الصحية الإقليمية السابقة من الأمام والخلف إن أمكن أو شهادة الميلاد)	
<input type="checkbox"/> Canadian citizen returning from another country (Please attach copy of Canadian passport) • مواطن كندي عائد من دولة أخرى (يرجى إرفاق نسخة من جواز السفر الكندي)	
<input type="checkbox"/> Landed Immigrant (Please attach copy of Confirmation of Permanent Residence document or both sides of Permanent Resident card) • المهاجر الذي هبط (يرجى إرفاق نسخة من وثيقة تأكيد الإقامة الدائمة أو كلا الجانبين من بطاقة الإقامة الدائمة)	
<input type="checkbox"/> International Student (Please attach copy of Study Permit and proof of enrollment from designated learning institution) • طالب دولي (يرجى إرفاق نسخة من تصريح الدراسة وإثبات التسجيل من مؤسسة تعليمية معينة)	
<input type="checkbox"/> Working Visa (Please attach copy of Immigration record and Passport) • تأشيرة العمل (يرجى إرفاق نسخة من سجل الهجرة وجواز السفر)	<input type="checkbox"/> Other (Please specify) • (غير ذلك يرجى التحديد)
<b>I hereby authorize the details of this application may be discussed with the Federal Department of Employment and Immigration Canada. •</b> أسمح بموجب هذا بمناقشة تفاصيل هذا الطلب مع الإدارة الفيدرالية للتوظيف والهجرة الكندية.	
_____ Signature • إمضاء	_____ Signature of Spouse/Partner • توقيع الزوج/الشريك

<b>Declaration • تصريح</b>			
I hereby state that I am legally entitled to remain in Canada, I am currently residing and making Prince Edward Island my primary residence and I understand that it is an offence to give false information in this application.			
I hereby authorize the details of this application may be discussed with the Federal Department of Employment and Immigration Canada.			
أقر بموجب هذا أنه يحق لي قانوناً البقاء في كندا، وأنا أقدم حالياً وأجعل جزيرة الأمير إدوارد محل إقامتي الأساسي وأدرك أن تقديم معلومات كاذبة في هذا الطلب يعتبر جريمة.			
أسمح بموجب هذا بمناقشة تفاصيل هذا الطلب مع الإدارة الفيدرالية للتوظيف والهجرة الكندية.			
		Day • سنة	Month • شهر
_____ Signature • إمضاء		_____ Signature of Spouse/Partner توقيع الزوج/الشريك	
Yr. • يوم			

## Personal Health Card Application Guide • دليل طلب البطاقة الصحية الشخصية

### You are eligible for a PEI Health Card if you:

- are legally in Canada;
- reside on PEI on an annual basis and are present for at least six months plus a day each year, or,
- are a PEI resident studying full-time in another province.

A "resident" means a person lawfully entitled to be or to remain in Canada, who makes his home and is ordinarily present on PEI.

### You are not eligible for a PEI Health Card if you are:

- a tourist, transient or visitor to PEI;
- a member of the Canadian Armed Forces;
- an inmate of a Federal Penitentiary; or
- a foreign student (certain exceptions apply).

### أنت مؤهل للحصول على بطاقة PEI الصحية إذا كنت

- وجودون بشكل قانوني في كندا؛
  - يقيمون في جزيرة الأمير إدوارد على أساس سنوي ويتواجدون لمدة ستة أشهر على الأقل بالإضافة إلى يوم واحد كل عام، أو
  - هم أحد المقيمين في جزيرة الأمير إدوارد ويدرسون بدوام كامل في مقاطعة أخرى
- "المقيم" يعني الشخص الذي يحق له قانوناً أن يكون أو يبقى في كندا، والذي يقيم في كندا ويكون موجوداً عادةً في جزيرة الأمير إدوارد

### أنت غير مؤهل للحصول على بطاقة PEI الصحية إذا كنت

- سائح أو عابر أو زائر إلى جزيرة الأمير إدوارد
- عضو في القوات المسلحة الكندية
- نزيل أحد السجون الفيدرالية؛ أو
- (طالب أجنبي (تطبق بعض الاستثناءات

1. What is your **mother tongue**? (The language you first learned)
2. If your mother tongue is neither English nor French, in which of **Canada's Official Languages** are you most comfortable?
3. What is your **preferred language** for service delivery?

Your preferred language of service will be displayed on your PEI Health Card.  
This language information will help Health PEI plan for and deliver quality health care services.

1. ما هي لغتك الأم؟ (اللغة التي تعلمتها لأول مرة)

2. إذا كانت لغتك الأم ليست الإنجليزية ولا الفرنسية، فأى من اللغات الرسمية في كندا تشعر براحة أكبر؟

3. ما هي لغتك المفضلة لتقديم الخدمة؟

الصحة الخاصة بك PEI سيتم عرض لغة الخدمة المفضلة لديك على بطاقة في التخطيط وتقديم خدمات رعاية صحية عالية الجودة Health PEI ستساعد هذه المعلومات اللغوية

An Organ and Tissue Intent to Donate Registry is a place for people to indicate and record their willingness to donate organs and tissues at the time of their death. **Organ** refers to lungs, heart, liver, kidneys, pancreas and small bowel. **Tissue** refers to skin, vein, eyes, bone and related structures, heart valves/pericardium.

You can be an organ and tissue donor if you are aged 16 or over and fully understand the nature and consequences of your donation. A **signature is required** for each individual to indicate their intentions regarding organ and tissue donation. Parents cannot sign on behalf of their child(ren).

Your organ and tissue donor decision will be displayed on your PEI Health Card. If, in the future, you decide to change your mind, you can update your intention by completing the Intent to Donate and Language Information form found here:

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

**For more information about organ and tissue donation, please call: 902-368-5920.**

يعد سجل نية التبرع بالأعضاء والأنسجة مكاناً للأشخاص للإشارة إلى رغبتهم في التبرع بالأعضاء والأنسجة وتسجيلها في وقت وفاتهم. يشير العضو إلى الرئتين والقلب والكبد والكلية والبنكرياس والأمعاء الدقيقة. تشير الأنسجة إلى الجلد والوريد والعينين والعظام والهيكل ذات الصلة وصمامات القلب/التأمور

يمكنك أن تكون متبرعاً بالأعضاء والأنسجة إذا كان عمرك 16 عاماً أو أكثر وتفهم تماماً طبيعة تبرعك وعواقبه. التوقيع مطلوب من كل فرد للإشارة إلى نواياه فيما يتعلق بالتبرع بالأعضاء والأنسجة. لا يمكن للوالدين التوقيع نيابة عن (طفلهما) (أطفالهما).

الصحة الخاصة بك. إذا قررت في المستقبل PEI سيتم عرض قرارك بشأن التبرع بالأعضاء والأنسجة على بطاقة: تغيير رأيك، فيمكنك تحديث نيتك من خلال استكمال نموذج معلومات نية التبرع واللغة الموجود هنا [www.healthpei.ca/organandtissuedonation](http://www.healthpei.ca/organandtissuedonation)

لزيادة من المعلومات حول التبرع بالأعضاء والأنسجة، يرجى الاتصال بالرقم 902-368-5920

Personal information on this form is collected under Section 8 (Registration of Entitled Persons) of Prince Edward Island's Health Services Payment Act (Regulations) and will be used to ensure a resident's entitlement in respect to basic health services. If you require additional information, please contact Medicare Services, 126 Douses Road, Montague, PE C0A 1R0, 1-800-321-5492.

يتم جمع المعلومات الشخصية في هذا النموذج بموجب المادة 8 (تسجيل الأشخاص المستحقين) من قانون دفع الخدمات الصحية في جزيرة برنس إدوارد (اللوائح) وسيتم استخدامها لضمان استحقاق المقيم فيما يتعلق بالخدمات الصحية Medicare Services, 126 Douses Road, Montague, PE C0A 1R0, 1-800-321-5492. إذا كنت بحاجة إلى معلومات إضافية، يرجى الاتصال بـ

16HPE15-44179