

# Application for Northern Health Travel Grant

Residents of Northern Ontario who have been referred to a physician specialist or health facility designated by the Ministry of Health and Long-Term Care by a northern practitioner can apply for a Northern Health Travel Grant. To be eligible, the one-way road distance to the nearest physician specialist or facility in Ontario or Manitoba where the service can be provided must be at least 100 kilometres.

Please note that you may be referred to any physician specialist, hospital or designated facility; however, the grant will be based on the distance to the **nearest medical specialist who can provide the service**, and not necessarily the one you went to visit. If it is necessary to travel to a physician specialist other than the nearest one, the referring practitioner **MUST** provide additional written information on your application, explaining why this was medically necessary.

There is a deductible of 100 kilometres on your trip. Travel grants do not cover all of your travel expenses but help defray the overall cost of your trip.

- You are eligible for a travel grant if:
  - ✧ you live in Northern Ontario in the districts of Algoma, Cochrane, Kenora, Manitoulin, Nipissing, Parry Sound, Rainy River, Sudbury, Timiskaming or Thunder Bay
  - ✧ you have a valid Ontario health card
  - ✧ you are referred for specialty health care that is an insured service under the Health Insurance Act
  - ✧ a northern physician, dentist, optometrist, chiropractor, midwife or nurse practitioner has referred you and completed Section 3 of the application before the travel takes place
  - ✧ you are referred to a medical specialist who is **certified by The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada**, or to a designated health facility
  - ✧ the nearest specialist/health facility able to provide the type of care you require in Ontario or Manitoba is at least 100 kilometres from your area of residence.
- A companion grant may be paid when the patient is under 16 years of age or the referring provider indicates in Section 3, **before the travel takes place**, that a companion for the patient is necessary for health or safety reasons.
- Only one (1) travel grant will be paid **per round trip** if several family members or patients travel together in the same car.
- If the patient is transported one way by ambulance, he/she is eligible for a one way grant. If the round trip is by ambulance, the patient is not eligible for a grant.
- The sole purpose of your trip must be to receive the necessary insured medical service.
- You do not qualify for a grant if you are eligible to receive any other payment for transportation (*See Section 1 of the Application*).

For services rendered:

- on, or after November 1, 2004, applications must be received by the Ministry of Health and Long-Term Care within **twelve (12) months** from the date of service.
- prior to November 1, 2004, applications must be received within **six (6) months** from the date of service.

Requests for a reconsideration of an application whose date of Payment/Grant denial/Returned application was made:

- on, or after November 1, 2004 must be received within **twelve (12) months** from the date of payment, grant denial, or date a claim is returned to a client.
- prior to November 1, 2004 must be received within **six (6) months** from the date of payment, grant denial, or date a claim is returned to a client.

---

## General Instructions

---

To assist you in completing your application, please read the instructions carefully. Please type or print clearly on all sections of the form. **Incomplete applications will be returned to you.**

**SECTION 1:** Is to be completed by the patient or guardian if patient is under 16 years of age. A separate application must be completed for each trip.

**Please Note:** Any additional information to support your application should be attached to the application form.

**SECTION 2:** Is to be completed and signed by an approved third party agency and signed by the patient or guardian, if applicable.

**SECTION 3:** Is to be completed and signed by the northern referring provider. To receive a grant, this section must be completed before travelling. Completion of this section is not required for services incurred for an abortion.

### Exceptions:

1. **One follow-up visit** within six months is allowed without a re-referral.
2. **Course of Treatment** – No limit to the number of follow-up visits within six months. Examples of course of treatment include cancer, dialysis, HIV/AIDS, muscular dystrophy, diabetes, cystic fibrosis, organ transplant, and in-vitro fertilization (for first three cycles where diagnosis is bilateral tubal occlusion).  
**All patients need a new referral after six months.**

A companion grant may be paid when the referring provider, indicates in this section, before the travel takes place, that a companion for the patient is necessary for health or safety reasons.

**N.B.** All patients must have Section 3 completed by a referring provider each time travel with a companion is required.

**SECTION 4:** Is to be completed and signed by a specialist certified by the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada or by a technician who performs a procedure in a hospital / designated health facility.

**SECTION 5:** Is to be completed and signed if applying for a companion grant.

**Please allow 8 – 10 weeks for processing of your completed application.**

- Ensure **original tickets/stubs/receipts** (indicating a fare was paid and date of travel) are provided for travel by air, bus or rail for patient and/or companion. Travel itineraries are acceptable if they show a fare was paid or accumulated airline travel credits were used.
- Before mailing your application, make sure that the form is **completed and signed**.
- For more information, contact your nearest Ministry of Health and Long-Term Care office or visit our web site at: [www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ohip/northern.html](http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ohip/northern.html)
- MAIL your application to any of the following Ministry of Health and Long-Term Care offices:

199 Larch St., Suite 801  
**Sudbury** ON P3E 5R1  
(705) 675-4010  
1 800 461-4006  
from area 705, 807  
1 800 461-1149

435 James St. S., Suite 113  
**Thunder Bay** ON P7E 6E3  
(807) 475-1351  
1 800 465-5067  
from area 807

808 Robertson St., Suite 220  
**Kenora** ON P9N 1X9  
(807) 468-2869

70 Foster Dr., Suite 100  
**Sault Ste. Marie** ON P2A 6V4  
(705) 945-6757

38 Pine St. N., 101 Mall, Ste. 110  
**Timmins** ON P4N 6K6  
(705) 268-5300

447 McKeown St., Suite 101  
**North Bay** ON P1B 9S9  
(705) 494-4130

- Office hours are 8:30 a.m. to 4:30 p.m., Monday to Friday except holidays.
- To obtain services in **French**, please call the toll free number **1 800 461-1149**.

Collection of this information for the purposes of promoting the health and well-being of Ontarians, promoting the development of adequate health resources in Ontario, and maintaining an integrated system of health facilities, is authorized under section 6 of the *Ministry of Health Act*, R.S.O. 1990, c. M-26, as amended. This information will be used only to assess and verify applications for grants under the Northern Health Travel Grant Program. For information about the Ministry's collection, use and disclosure practices under this Program, please contact the Manager, Northern Health Travel Grant at 199 Larch Street, Suite 801, Sudbury ON P3E 5R1 or by phone at 705 675-4010 or 1 800 461-4006.



Please print clearly in block letters

Section 1 - Patient

Form for patient information including last name, first name, health number, date of birth, home address, telephone numbers, and transportation details.

I am a resident of Northern Ontario as defined on the front page and have travelled for the sole purpose of receiving medical treatment. I certify the information given to be true and I allow the Ministry of Health to verify all information provided on this application.

Section 2 - Third party (society/agency) and patient or parent/guardian

Form for third party information including society or agency name, address, city/town, postal code, telephone number, and signatures of the third party official and patient/parent/guardian.

Section 3 - Northern referring provider

Form for referring provider information including primary diagnostic code, reason for referral, date of appointment, referring provider's name, and signatures.

Section 4 - Specialist

Form for specialist information including last name, initials, service provided, date of treatment, and specialist's signature.

Section 5 - Companion

Form for companion information including last name, first name, mailing address, postal code, and companion's signature.

## Demande de subvention accordée aux résidents du Nord de l'Ontario pour frais de transport à des fins médicales

Les résidents du Nord de l'Ontario orientés par leur médecin local vers un médecin spécialiste ou un établissement de soins désigné par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée peuvent présenter une demande de subvention pour frais de transport à des fins médicales. Pour être admissible, la distance routière qui doit être parcourue pour aller consulter le médecin spécialiste ou l'établissement le plus proche offrant les soins requis, en Ontario ou au Manitoba, doit être d'au moins 100 kilomètres.

Votre médecin peut vous orienter vers n'importe quel médecin spécialiste, hôpital ou établissement de soins désigné. Toutefois, le montant de la subvention sera calculé en fonction de la distance à parcourir pour atteindre **le plus proche médecin spécialiste capable de dispenser le service requis**, et pas nécessairement celui que vous avez consulté. S'il est nécessaire de voyager pour consulter un médecin spécialiste autre que celui qui est le plus proche, le médecin traitant **DOIT** fournir des renseignements supplémentaires sur votre formule de demande afin d'expliquer les motifs pour lesquels cela est nécessaire sur le plan médical.

La subvention comporte une franchise de 100 kilomètres. Elle ne couvre pas totalement les frais de déplacement, mais elle vous aide à les assumer.

- Vous êtes admissible à la subvention si :
  - \* vous habitez le Nord de l'Ontario dans les régions suivantes : Algoma, Cochrane, Kenora, Manitoulin, Nipissing, Parry Sound, Rainy River, Sudbury, Timiskaming ou Thunder Bay;
  - \* vous êtes titulaire d'une carte Santé valide de l'Ontario;
  - \* vous êtes orienté vers des soins de santé spécialisés assurés aux termes de la *Loi sur l'assurance santé*;
  - \* vous êtes orienté par un médecin, un dentiste, un optométriste, un chiropraticien, une sage-femme ou une infirmière praticienne du Nord ayant rempli la 3<sup>e</sup> partie de la demande avant le déplacement;
  - \* vous êtes orienté vers un médecin spécialiste **agréé par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada** ou un établissement de soins désigné;
  - \* le médecin spécialiste ou l'établissement le plus proche capable de fournir les soins requis, en Ontario ou au Manitoba, est situé à au moins 100 kilomètres de votre lieu de résidence.
- Une subvention d'accompagnateur ou d'accompagnatrice peut être accordée lorsque le patient ou la patiente a moins de 16 ans ou lorsque le médecin qui fait la recommandation indique dans la 3<sup>e</sup> partie de la demande, **avant le déplacement**, que le patient ou la patiente a besoin de se faire accompagner pour des raisons de santé ou de sécurité.
- Une seule (1) subvention sera accordée **par voyage aller-retour** si plusieurs membres d'une famille ou plusieurs patients voyagent dans le même véhicule.
- Les patients qui effectuent le voyage aller par ambulance ont droit à la moitié de la subvention, et à aucune subvention s'ils effectuent le voyage par ambulance à l'aller et au retour.
- Le déplacement doit être effectué à la seule fin de recevoir les services médicaux assurés nécessaires.
- Vous n'êtes pas admissible à une subvention si vous touchez déjà un autre montant pour le transport (voir la 1<sup>re</sup> partie de la demande).

Pour les services rendus :

- le ou après le 1<sup>er</sup> novembre 2004, les demandes doivent être reçues par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée dans les **douze (12) mois** qui suivent la date de prestation du service;
- avant le 1<sup>er</sup> novembre 2004, les demandes doivent être reçues dans les **six (6) mois** qui suivent la date de prestation du service.

Les requêtes de révision d'une demande dont la date du paiement, le refus d'accorder la subvention ou le renvoi de la demande au client est survenu :

- le ou après le 1<sup>er</sup> novembre 2004, doivent être reçues dans les **douze (12) mois** qui suivent la date du paiement, du refus d'accorder la subvention ou du renvoi de la demande au client;
- avant le 1<sup>er</sup> novembre 2004, doivent être reçues dans les **six (6) mois** qui suivent la date du paiement, du refus d'accorder la subvention ou du renvoi de la demande au client.

## Directives générales

Avant de remplir votre demande, veuillez lire attentivement les directives. Dactylographiez ou écrivez lisiblement en lettres moulées. **Nous retournons aux expéditeurs toutes les demandes incomplètes.**

- 1<sup>re</sup> PARTIE :** À remplir par le patient, la patiente, ou le tuteur, la tutrice si le patient, la patiente est âgé(e) de moins de 16 ans. Une formule distincte doit être remplie pour chaque voyage.  
**Remarque :** Tout renseignement supplémentaire en appui de votre demande doit être annexé à la formule de demande.
- 2<sup>e</sup> PARTIE :** À remplir et à signer par un organisme qui est une tierce partie reconnue et à signer par le patient, la patiente, ou le tuteur, la tutrice.
- 3<sup>e</sup> PARTIE :** À remplir et à signer par le médecin du Nord de l'Ontario faisant la recommandation. Pour recevoir une subvention, cette partie doit être remplie avant d'effectuer le déplacement. Les services d'avortement ne sont pas couverts par la présente partie.

### Réserves :

- Une seule visite de suivi** dans les six mois est permise sans nouvelle recommandation.
- Série de traitement** – On n'a pas limité le nombre de visites de suivi au cours d'une période de six mois. Voici quelques exemples de séries de traitement : pour les cas de cancer, de dialyse, de VIH/SIDA, dystrophie musculaire, diabète, fibrose kystique, transplantation d'organes et fertilisation in vitro (pour les trois premiers cycles, lorsqu'on a diagnostiqué une occlusion bilatérale des trompes).  
**Toutefois, après six mois, tous les patients devront obtenir une nouvelle recommandation.**

On versera une subvention d'accompagnateur ou d'accompagnatrice lorsque le médecin faisant la recommandation indique dans cette partie, avant le déplacement, que le patient ou la patiente a besoin de se faire accompagner pour des raisons de santé ou de sécurité.

**Remarque :** Chaque fois que le patient doit être accompagné, il doit faire remplir la 3<sup>e</sup> partie par le médecin faisant la recommandation.

- 4<sup>e</sup> PARTIE :** À remplir et à signer par le médecin spécialiste agréé par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou par un technicien qui exécute un acte médical dans un hôpital ou dans un établissement de santé désigné.
- 5<sup>e</sup> PARTIE :** À remplir et à signer si on fait une demande d'accompagnateur ou d'accompagnatrice.

### Prévoyez huit à dix semaines pour le traitement de votre demande.

- N'oubliez pas de joindre **l'original des billets/talons/reçus** (sur lesquels figurent le prix du billet et la date du déplacement) du patient ou de la patiente et/ou de la personne qui l'accompagne pour les voyages effectués en avion, en autobus ou en train. Les itinéraires sont acceptés s'ils indiquent qu'un paiement a été effectué ou que des crédits de voyage ont été utilisés.
- Avant d'envoyer votre demande, vérifiez que la formule est dûment **remplie et signée**.
- Pour de plus amples renseignements, communiquez avec le bureau du ministère de la Santé et des Soins de longue durée le plus proche de chez vous ou visitez notre site web : <http://www.gov.on.ca/health/french/pubf/ohipf/northernf.html>
- ENVOYEZ votre demande à l'un des bureaux suivants du ministère de la Santé et des Soins de longue durée :

199, rue Larch, bureau 801  
Sudbury ON P3E 5R1  
(705) 675-4010  
1 800 461-4006  
si l'indicatif régional est 705, 807  
1 800 461-1149

435, rue James S, bureau 113  
Thunder Bay ON P7E 6E3  
(807) 475-1351  
1 800 465-5067  
si l'indicatif régional est 807

808, rue Robertson, bureau 220  
Kenora ON P9N 1X9  
(807) 468-2869

70, prom. Foster, bureau 100  
Sault Ste. Marie ON P2A 6V4  
(705) 759-8598

38, rue Pine N, 101 Mall, bureau 110  
Timmins ON P4N 6K6  
(705) 268-5300

447, rue McKeown, bureau 101  
North Bay ON P1B 9S9  
(705) 494-4130

- Les bureaux sont ouverts du lundi au vendredi de 8 h 30 à 16 h 30, à l'exception des jours fériés.
- Pour obtenir des services **en français**, composez sans frais le **1 800 461-1149**.

La collecte de renseignements en vue de promouvoir la santé et le bien-être des Ontariens et Ontariennes, d'encourager l'élaboration de ressources adéquates en Ontario et de maintenir un système de santé intégré est autorisée en vertu de l'article 6 de la *Loi sur le ministère de la Santé*, R.S.O. 1990, c. M-26, telle que modifiée. Ces renseignements sont réunis uniquement aux fins d'évaluation et de vérification des demandes déposées dans le cadre du Programme de subventions accordées aux résidents du Nord de l'Ontario pour frais de transport à des fins médicales. Pour se renseigner sur les pratiques de collecte, d'utilisation et de divulgation de renseignements du ministère, il convient d'appeler le ou la chef du Programme de subventions accordées aux résidents du Nord pour frais de transport à des fins médicales au 705 675-4010 ou au 1 800 461-4006.



# Demande de subvention accordée aux résidents du Nord de l'Ontario pour frais de transport à des fins médicales

**Dactylographier ou écrire lisiblement en lettres moulées. Renseignements confidentiels.**

*Microfilm seulement – Ne rien écrire ici*

## 1<sup>re</sup> partie – Patient(e)

Nom de famille du/de la patient(e)			Prénom			Numéro de carte Santé			Version			Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Programme payeur <b>N H T</b>			
Date de naissance année    mois    jour		Adresse du domicile (numéro, rue), lot/concession/canton						Numéro de téléphone (domicile)									
Ville						Code postal			Numéro de téléphone (travail)								
Adresse postale (si différente de celle indiquée précédemment, B.P., R.R., etc.)																	
Code postal																	
<b>Nota : Si l'adresse indiquée précédemment ne correspond pas à celle indiquée dans votre dossier d'assurance-santé, nous utiliserons la présente formule pour mettre votre dossier à jour.</b>				Ce service médical est payé par :				Correspondance désirée en									
<input type="checkbox"/> votre assureur				<input type="checkbox"/> la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT)				<input type="checkbox"/> votre employeur				<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français					
<input type="checkbox"/> une demande d'Anciens combattants				<input type="checkbox"/> l'Assurance-santé				<input type="checkbox"/> une autre source									
Moyen de transport			Voiture (reçus non exigés)			<b>(Original des billets ou des talons exigés)</b>			Ambulance			Le transport a-t-il été effectué avec un(e) autre patient(e) qui a demandé une subvention aux fins de transport? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
<input type="checkbox"/> Aller seulement			<input type="checkbox"/> Aller-retour			<input type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Train <input type="checkbox"/> Autobus			<input type="checkbox"/> Aller seulement <input type="checkbox"/> Aller-retour								

Je déclare que le transport a été effectué dans l'unique but de recevoir des soins médicaux et que les renseignements fournis dans la présente formule sont véridiques. J'autorise le ministère de la Santé à vérifier l'exactitude de ces renseignements. J'habite le Nord de l'Ontario.

**Signature du/de la patient(e) ou du tuteur/ de la tutrice :**

## 2<sup>e</sup> partie – Tierce partie (association/organisme) et patient(e) ou père/mère/tuteur/tutrice

Association ou organisme												Numéro de code		
Adresse de l'association ou organisme														
Ville						Code postal			Numéro de téléphone			poste		
Je demande au Programme de subventions accordées aux résidents du Nord de l'Ontario pour frais de transport à des fins médicales de verser la subvention appropriée à l'association ou organisme dont le nom figure ci-dessus tel que demandé dans la présente formule.														
<b>Signature du/de la représentant(e) de la tierce partie</b>						<b>Signature du/de la patient(e)/du tuteur/de la tutrice</b>								

## 3<sup>e</sup> partie – Médecin du Nord de l'Ontario recommandant le/la patient(e)

Code de diagnostic primaire		Motif de la recommandation				Cette visite a-t-elle eu lieu dans le Nord de l'Ontario? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Numéro du médecin		Spécialité	
Date du rendez-vous avec le médecin spécialiste année    mois    jour		Nom de famille du médecin qui a recommandé le/la patient(e)				Initiales		Numéro de téléphone			
Nom du médecin spécialiste ou de l'hôpital auquel le/la patient(e) a été recommandé(e)						Ville où le/la patient(e) est orienté(e)					
J'atteste que le/la patient(e) doit être accompagné(e) pour des raisons médicales ou de sécurité.			<b>Signature du médecin qui a recommandé le/la patient(e)</b>			J'atteste que, pour des raisons médicales, il est nécessaire de recommander le/la patient(e).			<b>Signature du médecin qui a recommandé le/la patient(e)</b>		
<b>Remarque :</b> Le(la) patient(e) a-t-il (elle) été recommandé(e) au médecin spécialiste le plus proche conformément à la liste du ministère? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						Si ce n'est pas le cas, veuillez expliquer (joindre une feuille séparée si nécessaire)					

## 4<sup>e</sup> partie – Médecin spécialiste

Nom de famille du médecin spécialiste				Initiales		<input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Intervention <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Évaluation de l'état de santé lors d'une visite de suivi			Numéro du médecin		Spécialité	
Ville									Date du traitement année    mois    jour			
Nom de l'hôpital ou de l'établissement où est dispensé le traitement						Service dispensé						
Est-ce un service de l'Assurance-santé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Numéro de téléphone du médecin spécialiste			<b>Signature du médecin spécialiste</b>						

## 5<sup>e</sup> partie – Accompagnateur/accompagnatrice

Nom de famille				Prénom				<b>Réservé au ministère</b>							
Adresse postale															
								Code postal							
J'atteste par la présente que j'ai accompagné le/la patient(e) susnommé(e) et que j'ai au moins 16 ans.															
<b>Signature de l'accompagnateur/accompagnatrice</b>								<b>(Original des reçus exigé)</b>							
								<input type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Train <input type="checkbox"/> Autobus							
								<b>Date</b>				<b>Numéro de téléphone</b>			