BOURSE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
Vérification du statut autochtone

Renseignements sur le demandeur

Prénom	Second(s) prénom(s)
Nom de famille	Nom(s) précédent(s)
Adresse postale	
Collectivité	Territoire ou Province / Code postal
No de téléphone	Adresse courriel / Date de naissance

À faire remplir par une organisation autochtone

Je soussigné(e), _____ de _____
Name of Authorized Person — Nom de l'organisation autochtone

confirme avoir examiné l'ascendance du demandeur et comprends qu'on pourrait me demander de fournir des pièces justificatives confirmant la véracité des affirmations suivantes (veuillez choisir l'une des options suivantes).

Le demandeur est un(e) Autochtone originaire des Territoires du Nord-Ouest qui satisfait à l'une des conditions suivantes :

- ◯ Il est membre d'une bande dénée ou est admissible à le devenir;
- ◯ Il résidait, le 31 décembre 1921 ou avant cette date, dans cette partie du Canada, qui au 1er avril 1999, comprenait les TNO, et est de descendance autochtone directe;
- ◯ Il est inscrit, ou est admissible à être inscrit, sur la Liste d'inscription des Inuits du Nunavut, telle que modifiée, et était, en date du 31 mars 1999, un résident habituel de cette partie du Canada, qui au 1er avril 1999, comprenait les TNO, et a continué à y résider;
- ◯ Il est inscrit, ou est admissible à être inscrit, en tant que citoyen tłı̨cho en vertu du Chapitre 3 de l'Accord sur les revendications territoriales et l'autonomie gouvernementale du peuple tłı̨chǫ signé par le gouvernement tłı̨chǫ des TNO et le gouvernement du Canada le 25 août 2003;
- ◯ Il est inscrit, ou est admissible à être inscrit, en tant que citoyen de la Première Nation de Déljne en vertu du Chapitre 5 de l'accord de Déljne, tel que défini dans l'article 2 de la Loi sur l'accord définitif sur l'autonomie gouvernementale de Déljne (Canada);
- ◉ Il est descendant d'une personne satisfaisant à l'une des conditions susmentionnées.

Ce formulaire vise à confirmer l'admissibilité de l'étudiant.

	Titre
	Courriel
	Téléphone
Signature Date	Courriel

Envoyez le formulaire dûment rempli à NWTHSS_Bursary@gov.nt.ca.

Les renseignements recueillis dans ce formulaire serviront à appuyer votre demande dans le cadre du Programme de bourses du système de santé et des services sociaux. Les données recueillies sont protégées par les dispositions sur la vie privée de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée des TNO. Pour toute question à ce sujet, communiquez avec le gestionnaire du recrutement de professionnels au 867-767-9105, poste 40183.