



Demande d'assistance financière

(complete fields or place patient label here)

Form content not retained in medical record.
For local storage only.

| | |
|------------------------------------|-----------------------------|
| Patient Name (First, Middle, Last) | |
| Birth Date (mm-dd-yyyy) | Room Number (if applicable) |
| Mayo Clinic Number | |

| | |
|--|------------------------|
| Nom du demandeur (Prénom, deuxième prénom, nom de famille) | Emplacement du service |
|--|------------------------|

Instructions : Remplir la demande et joindre une copie des documents suivants :

- Déclaration de revenus et échéanciers justificatifs (des 2 années précédentes)
- Bulletins de salaire* (des 3 derniers mois)
- Prestations sociales* (le cas échéant)
- Relevés bancaires* (des 3 derniers mois pour tous les comptes)
- Sur une page séparée, décrivez ce qui motive votre demande d'assistance financière*
- Déclarations d'emploi ou de chômage*

| | |
|---|--|
| J'ai demandé ou vais demander une prise en charge des soins de santé au niveau local ou national, ou j'ai vérifié mon éligibilité à un plan de transfert de soins de santé.* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Motif _____ | |
| J'ai une procédure judiciaire, un accord, une réclamation pour préjudice personnel ou une poursuite en responsabilité en cours. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Motif _____ | |
| Je bénéficie d'une assurance par le biais de mon employeur ou celui de mon conjoint/ma conjointe. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Motif _____ | |
| Revenu annuel du foyer (tel que mentionné dans la déclaration de revenus) | Taille du foyer (patient, conjoint(e) et personnes à charge, tel que mentionné dans la déclaration de revenus) |

Patient ou tiers responsable

| | | | |
|---|------------------------------------|--|-------------|
| Nom (Prénom, deuxième prénom, nom de famille) | | Date de naissance (mm-jj-aaaa) | |
| Adresse | Ville | Département | Code postal |
| Téléphone | État civil* | | |
| Statut professionnel <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Indépendant <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Étudiant | | Nom de l'employeur | |
| Durée d'emploi | Date/Durée de chômage (mm-jj-aaaa) | Êtes-vous mentionné(e) dans une autre déclaration de revenus ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Si « Oui », fournissez la déclaration de revenus.) | |

Conjoint(e) ou partenaire (utilisé pour identifier tous les comptes patients éligibles à une assistance financière)

| | | | |
|---|------------------------------------|--------------------------------|--|
| Nom (Prénom, deuxième prénom, nom de famille) | | Date de naissance (mm-jj-aaaa) | |
| Statut professionnel <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Indépendant <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Étudiant | | Nom de l'employeur | |
| Durée d'emploi | Date/Durée de chômage (mm-jj-aaaa) | | |

*Non applicable pour les sites NHSC notamment Barron, Cameron, Rice Lake, Mondovi, Osseo, Menomonie, WI, ou Albert Lea MN Behavioral Health (y compris Fountain Centers).

Demande d'assistance financière (suite)

(complete fields or place patient label here)

| |
|------------------------------------|
| Patient Name (First, Middle, Last) |
| Birth Date (mm-dd-yyyy) |
| Mayo Clinic Number |

Personnes à charge (si plus de 4 personnes à charge, utilisez une page séparée)

| Nom complet | Relation | Date de naissance (mm-jj-aaaa) |
|-------------|----------|--------------------------------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |

Autre revenu

| Description | Montant mensuel de revenu |
|-------------|---------------------------|
| | |
| | |

Dette liée aux soins médicaux

| Type | À qui | Solde non réglé | Paiement mensuel |
|---------------------------|-------|-----------------|------------------|
| Praticien médical | | | |
| Établissement hospitalier | | | |
| Autre | | | |

Signatures de certification

J'atteste que toutes les informations énoncées sont exactes et correctes, à ma connaissance. Je comprends que les informations sont utilisées en vue de vérifier ma capacité à payer pour les services fournis par Mayo Clinic ou une entité affiliée, et j'autorise Mayo Clinic et tous les hôpitaux, cliniques et entités affilié(e)s à partager les informations lorsque cela est nécessaire pour prendre en considération ma demande d'assistance financière. Par la présente, j'autorise Mayo Clinic, tous les affiliés et représentants ou agents de Mayo Clinic, à vérifier les informations contenues dans le présent formulaire.

| | |
|---|---------------------------|
| Signature du patient ou du tiers responsable ▶ | Date du jour (mm-jj-aaaa) |
| Nom en caractères d'imprimerie du tiers responsable (Prénom, deuxième prénom, nom de famille) | |
| Signature du (de la) conjoint(e) ou partenaire ▶ | Date du jour (mm-jj-aaaa) |
| Nom en caractères d'imprimerie du (de la) conjoint(e) ou partenaire (Prénom, deuxième prénom, nom de famille) | |