



# Formulaire de demande d'aide financière

## Financial Assistance Application – French

Ce formulaire recueille des renseignements qui ne font pas partie du dossier médical. **Pour un stockage local uniquement.**

Nom du demandeur (Prénom, 2ème prénom, nom de famille)	Sites de services	Numéro de l'établissement Mayo Clinic
--	-------------------	---------------------------------------

**Instructions :** Remplir le formulaire et joindre une photocopie des documents suivants :

- Déclarations d'impôt et annexes justificatives (des 2 dernières années)
- Prestations de sécurité sociale\* (le cas échéant)
- Sur une feuille à part, décrire pourquoi on réclame une aide financière\*
- Fiches de paie\* (des 3 derniers mois)
- Relevés bancaires\* (de tous les comptes pour les 3 derniers mois)
- Formulaire W-2 ou déclarations de chômage\*

\*Ne s'applique pas aux villes de Barron, Cameron, Rice Lake, Mondovi, Osseo, Elmwood et Menomonie, État du Wisconsin (WI).

J'ai fait ou je ferai une demande pour obtenir une aide financière auprès du gouvernement fédéral ou de l'état, ou j'ai confirmé mon droit au régime de soins de santé Healthcare Exchange. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Motif _____
Je suis actuellement impliqué(e) dans une action en justice, un règlement extrajudiciaire, une plainte pour préjudice physique ou une poursuite en responsabilité. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Motif _____
J'ai accès à une assurance par le biais de mon employeur ou de l'employeur de mon époux/épouse. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Motif _____
J'ai déjà fait une demande pour aide financière dans un autre établissement de Mayo Clinic. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas Où ? _____ Quand ? _____

### Patient/partie responsable

Nom (Prénom, 2ème prénom, nom de famille)		Numéro de sécurité sociale	Date de naissance (mois/jour/année)	
Adresse		Ville		État
Code postal				
No. de téléphone	Nbre. de membres du foyer (y compris le patient, l'époux/épouse et les personnes à charge)		Situation matrimoniale	
Situation professionnelle <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> À mon compte <input type="checkbox"/> Sans-emplois <input type="checkbox"/> Étudiant			Nom de l'employeur	
Durée d'emploi	Date/durée de chômage (mois/jour/année)	Êtes-vous inscrit comme personne à charge sur la déclaration d'impôt de quelqu'un d'autre ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Si oui, fournir les déclarations d'impôts en question)		

### Époux/épouse ou compagnon/compagne

Nom (Prénom, 2ème prénom, nom de famille)		Numéro de sécurité sociale	Date de naissance (mois/jour/année)	
Situation professionnelle <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> À mon compte <input type="checkbox"/> Sans-emplois <input type="checkbox"/> Étudiant			Nom de l'employeur	
Durée d'emploi	Date/durée de chômage (mois/jour/année)			

### Personnes à charge (si plus de 4 personnes à charge, utiliser une feuille à part)

Nom complet	Lien de parenté	Date de naissance (mois/jour/année)
1.		
2.		
3.		
4.		

Nom du demandeur ( <i>Prénom, 2ème prénom, nom de famille</i> )	Numéro de l'établissement Mayo Clinic
---	---------------------------------------

**Compte(s) bancaires(s)** Ne s'applique pas aux villes de Barron, Cameron, Rice Lake, Mondovi, Osseo, Elmwood et Menomonie, État du Wisconsin (WI)

Nom de la banque	Type de compte	Nom de la banque	Type de compte
	Courant		Courant
	Épargne		Épargne
	Autres investissements et titres		Autres investissements et titres

**Biens** Ne s'applique pas aux villes de Barron, Cameron, Rice Lake, Mondovi, Osseo, Elmwood et Menomonie, État du Wisconsin (WI).

Type de bien	Détails	Valeur estimative	Solde impayé
Résidence secondaire/Maison de vacances			
Terrain	Superficie en ares		
Bien de location			
Matériel professionnel/agricole			
Autre/Véhicule récréatif			

**Fournir la documentation justificative relative aux sources de revenu suivantes**

Description du revenu	Source	Montant du revenu mensuel
Intérêts/dividendes		
Pension/retraite		
Bien de location		
Invalidité		
Pension alimentaire matrimoniale/pour enfant		
Autre		

**Assurance**

Type d'assurance	Police d'assurance fournie par	Mensualité
Assurance-maladie		

**Dettes médicales**

Type	À qui	Solde impayé	Mensualité
Médecin			
Centre hospitalier			
Autre			

**Attestation**

J'atteste que tous les renseignements fournis sur ce formulaire sont, à ma connaissance, exacts et complets. Je comprends que ces renseignements serviront à déterminer si je suis en mesure de payer les services rendus par Mayo Clinic ou par une entité affiliée, et j'autorise Mayo Clinic, ainsi que ses cliniques, hôpitaux et entités affilié(e)s, à communiquer ces renseignements à toutes fins utiles dans le cadre de ma demande d'aide financière. Par le présent, j'accorde la permission à Mayo Clinic, ainsi qu'aux filiales, représentants et agents de Mayo Clinic, d'enquêter sur les renseignements ci-inclus et d'obtenir des rapports de crédit.

Signature du patient/de la partie responsable	Date ( <i>mois/jour/année</i> )
Signature de l'épouse/épouse ou du compagnon/de la compagne	Date ( <i>mois/jour/année</i> )