MAYO CLINIC

Demande d'aide financière

Financial Assistance Application (French)

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

(complete fields or place patient label here)

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

Lieu du service Service Location

Instructions : remplir la demande et joindre les copies des documents suivants :
Instructions: Complete application and attach copies of:

- Déclaration de revenus de l'année en cours ou de l'année précédente (ou formulaire W-2 si déclaration non disponible)
  Tax return from current or prior year (or W-2 if tax not available)
- Déclarations de chômage (le cas échéant)
  Unemployment statements (if applicable)
- Bulletins de salaire (du mois le plus récent)
  Pay stubs (most recent month)
- Allocations de Sécurité sociale, pension, allocations de retraite (le cas échéant)
  Social security, pension, retirement benefits (if applicable)
- Relevés bancaires (du mois le plus récent, pour tous les comptes)
  Bank statements (most recent month for all accounts)

Si vous ne pouvez pas fournir la copie des documents ci-dessus, veuillez expliquer votre situation financière actuelle sur une feuille séparée.
If the above copies are not available, provide a separate page describing your current financial situation.

Les patients qui consultent uniquement à Oakridge à Mondovi, Wisconsin ou à Albert Lea, Minnesota Behavioral Health doivent seulement remplir la demande et joindre une copie de **l'un** des documents suivants :
Patients seen only at Oakridge in Mondovi, Wisconsin or Albert Lea, Minnesota Behavioral Health are only required to complete the application and attach copies of **one** of the following:

- Formulaire W-2 de l'année précédente (ou formulaire 4506-T, à défaut)
  Prior year W-2 (or Form 4506-T if W-2 not filed)
- Les deux bulletins de salaire les plus récents
  Two most recent pay stubs
- Vérification des revenus provenant de l'employeur
  Income verification from employer

Patient ou partie responsable remplissant cette demande
Patient or Responsible Party Completing This Application

Nom du patient (Prénom(s) Nom) Patient Name (First Middle Last)			Date de naissance (jj-mm-aaaa) Birth Date (mm-dd-yyyy)	
Adresse Address	Ville City		État State	Code postal ZIP Code
Partie responsable remplissant la demande (si ce n'est pas le patient) (Prénom(s) Nom) Responsible Party Completing the Application (if not the Patient) (First Middle Last)		Relation avec le patient (si ce n'est pas le patient) Relationship to the Patient (if not the Patient)		
Revenu annuel du ménage (comme indiqué sur la déclaration d'impôts sur le revenu) Household Annual Income (as reported on income tax filing)	Taille du ménage (patient[e], époux[se] et personnes à charge, comme indiqué sur la déclaration d'impôts sur le revenu) Household Size (patient, spouse, and dependents as reported on income tax filing)			
Téléphone Phone	Nom et numéro de la police d'assurance médicale Medical Insurance Name and Policy Number			

©2025 Mayo Foundation for Medical Education and Research

Demande d'aide financière (suite)

Financial Assistance Application (French) (continued)

(complete fields or place patient label here)

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

Situation d'emploi Employment Status ☐ Temps plein (Full time) ☐ Temps partiel (Part time) ☐ Indépendant (Self employed) ☐ Sans emploi (Unemployed) ☐ Étudiant (Student) ☐ Retraité (Retired)		Nom de l'employeur Employer Name
Durée de l'emploi Employment Length	Date/Durée du chômage (jj-mm-aaaa) Unemployed Date/Length (mm-dd-yyyy)	Apparaissez-vous sur une autre déclaration de revenus ? Are you claimed on another tax return? ☐ Oui (Yes) ☐ Non (Yes) (si « oui », veuillez fournir la déclaration) No (If "Yes," provide tax return.)

Personnes à charge (s'il y a plus de 6 personnes à charge, veuillez utiliser une feuille séparée)
Dependents (If more than 6 dependents, use separate page)

Nom Complet (Prénom(s) Nom) **Full Name** (First Middle Last)	**Relation** **Relationship**	**Date de naissance** (jj-mm-aaaa) **Birth Date** (mm-dd-yyyy)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Les patients qui consultent uniquement à Oakridge à Mondovi, Wisconsin ou à Albert Lea, Minnesota Behavioral Health n'ont pas besoin de remplir la section suivante concernant l'époux(se) :

Patients seen only at Oakridge in Mondovi, Wisconsin or Albert Lea, Minnesota Behavioral Health do not need to complete the following spouse section:

Époux(se) (utilisé pour identifier tous les comptes de patients admissible à l'aide financière)
Spouse (Used to identify all patient accounts eligible for financial assistance)

Statut marital Marital Status	
Nom (Prénom(s) Nom) Name (First Middle Last)	Date de naissance (jj-mm-aaaa) Birth Date (mm-dd-yyyy)
Situation d'emploi Employment Status ☐ Temps plein (Full time) ☐ Temps partiel (Part time) ☐ Indépendant (Self employed) ☐ Sans emploi (Unemployed) ☐ Étudiant (Student) ☐ Retraité (Retired)	Nom de l'employeur Employer Name
Durée de l'emploi Employment Length	Date/Durée du chômage (jj-mm-aaaa) Unemployed Date/Length (mm-dd-yyyy)

Demande d'aide financière (suite)

Financial Assistance Application (French) (continued)

(complete fields or place patient label here)

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

Signatures de certification

Certification Signatures

Je certifie que toutes les informations indiquées sont, à ma connaissance, vraies et correctes. Je comprends que les informations seront utilisées pour vérifier ma capacité à payer les services fournis par Mayo Clinic ou une entité affiliée et j'autorise Mayo Clinic et toutes les cliniques, hôpitaux et entités affiliées à partager ces informations à leur convenance pour examiner ma demande d'aide financière. J'accorde par la présente à Mayo Clinic, ainsi qu'à toutes ses entités affiliées, ses représentants ou ses agents la permission d'enquêter sur les informations contenues dans le présent document.

I certify that all information listed is true and correct to the best of my knowledge. I understand that the information is to be used to ascertain my ability to pay for services provided by Mayo Clinic or an affiliated entity and I give permission to Mayo Clinic and all affiliated clinics, hospitals and entities to share the information as necessary to consider my financial assistance request. I hereby grant permission to Mayo Clinic, all Mayo Clinic affiliates and representatives or agents to investigate the information contained herein.

Signature du patient ou de la partie responsable Patient or Responsible Party Signature ▶	Date (jj-mm-aaaa) Date (mm-dd-yyyy)
Nom de la partie responsable en caractères d'imprimerie (Prénom(s) Nom) Responsible Party Printed Name (First Middle Last)	