



The Door – A Center of Alternatives, Inc.  
Adolescent Health Center

Étiquette du/de  
la patient(e)

## FORMULAIRE D'AIDE FINANCIÈRE

Nom légal - Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom d'usage : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ État : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

1. Je suis employé(e) chez : \_\_\_\_\_

2. Montant payé : \$ \_\_\_\_\_  Horaire  Hebdomadaire  Bimensuel  Mensuel  Annuel

3. Nombre d'heures par semaine : \_\_\_\_\_

4. Taille du foyer (y compris vous-même) : \_\_\_\_\_

5. Les membres de ma famille qui résident avec moi sont (indiquez les noms et les liens) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1. Je demande à bénéficier d'une aide pour payer mes soins médicaux.

2. Je demande à The Door – Adolescent Health Center de m'aider à bénéficier de l'aide financière disponible pour couvrir le coût de mes soins médicaux.

3. Je comprends que ces informations sont strictement confidentielles et ne peuvent être divulguées à personne en dehors de The Door - Adolescent Health Center.

4. Je certifie que toutes les informations contenues dans cette déclaration sont exactes et correctes.

Signature du/de la patient(e) : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

*Remarque : toute personne qui fait sciemment une fausse déclaration concernant la taille ou les revenus bruts de son foyer ne sera plus admissible au programme de réduction des tarifs selon une échelle mobile.*

---

Par la présente, je reconnais que la personne susmentionnée a été sélectionnée pour bénéficier d'une aide financière dans le cadre du programme de réduction des tarifs selon une échelle mobile du centre de soins de santé.

Signature/titre du membre du personnel : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_