



Formulaire d'enregistrement et Clause de Non-Responsabilité

Programme d'Aide Financière MSupport

3621 S. State St.

Ann Arbor, MI 48108

(855-853-5380)

Date: _____

Numéro de Téléphone: _____

Informations Concernant Le/a Patient/e		
Prénom(s)	Nom(s) de Famille	Date(s) de Naissance

Merci de l'intérêt que vous portez à notre programme d'aide financière MSupport. Vous trouverez ci-joint un formulaire d'enregistrement et la clause de non-responsabilité. La liste suivante vous indique les documents dont vous avez besoin. Si vous êtes marié/e, assurez-vous d'inclure les documents pour votre conjoint/e.

	Documents Requis
	L'Impôt Fédéral sur le Revenu le plus récent – Formulaire 1040 pages 1 et 2 SEULEMENT (joindre le W2 ou le formulaire 1099) <ul style="list-style-type: none">• Si une tierce personne vous déclare sur leurs impôts, envoyez les renseignements fiscaux de cette personne
	Copie(s) récente(s) de fiche(s) de paie avec revenus datant du début de l'année jusqu'au présent
	Autres documents indiquant un revenu comme: <ul style="list-style-type: none">• Revenu de la Sécurité Sociale• Prestation compensatoire• Pension alimentaire
	Relevé(s) bancaire(s) actuel(s) pour les comptes courants et épargnes (comptes joints et séparés si mariés)
	Copie de votre pièce d'identité (permis de conduire, carte d'identité de l'état ou militaire)
	Relevés de comptes de retraite (IRA/401K/Pension)

Pour renvoyer votre demande et vos documents:

- Scannez et envoyez les informations par courriel à RVC-Msupport-Coordiators@med.umich.edu
- Envoyez-les dans l'enveloppe prépayée qui est jointe
- Vous pouvez faxer les informations au **734-998-0026**

Si vous avez des questions, vous pouvez joindre vos coordinateurs MSupport au 855-853-5380.

Merci.



Formulaire d'enregistrement et Clause de Non-Responsabilité
 Programme d'Aide Financière MSupport
 3621 S. State St.
 Ann Arbor, MI 48108
 (855-853-5380)

Informations Financières - *VOUS DEVEZ FOURNIR UNE VÉRIFICATION				
Revenu Mensuel	Postulant/e:	Conjoint/e:	Postulant/e:	Conjoint/e:
*Emploi	\$	\$	* Compte Chèque	*Compte Chèque
			<input type="checkbox"/> Cochez cette case si vous n'en possédez pas	<input type="checkbox"/> Cochez cette case si vous n'en possédez pas
			<input type="checkbox"/> Cochez cette case si vous possédez un compte joint	
*Sécurité Sociale	\$	\$	*Solde	*Solde
			\$	\$
*Pensions/Rentes	\$	\$	*Compte Épargne	*Compte Épargne
			<input type="checkbox"/> Cochez cette case si vous n'en possédez pas	<input type="checkbox"/> Cochez cette case si vous n'en possédez pas
			<input type="checkbox"/> Cochez cette case si vous possédez un compte joint	
*Autres Revenus	\$	\$	*Solde	*Solde
			\$	\$
*Compte retraite I.R.A. / 401k Solde	\$	\$		

Informations concernant le foyer		
Le foyer est défini par les personnes incluses dans la déclaration d'impôt sur le revenu.		
Nom:	Relation:	Âge:



Formulaire d'enregistrement et Clause de Non-Responsabilité
Programme d'Aide Financière MSupport
3621 S. State St.
Ann Arbor, MI 48108
(855-853-5380)

Clause de Non-Responsabilité

Nous pouvons faire une demande de rapport de crédit pour vérifier les informations ci-dessus, en accord avec les lois sur la protection des données personnelles, nous ne les transmettrons pas à un tiers. En apposant votre signature sur ce document vous indiquez votre prise de connaissance et votre accord pour l'utilisation de ce rapport et confirmez que les informations que vous avez fournies concernant vos gains, vos finances, vos revenus, vos propriétés et votre assurance maladie sont correctes. Si l'un des renseignements sur votre demande change, vous êtes responsable de la mise à jour immédiate de vos informations avec Michigan Medicine. Le non-respect du signalement des changements, ou s'il y a fraude ou abus, peut aboutir à votre disqualification du programme MSupport. Michigan Medicine peut alors vous tenir responsable pour les frais médicaux qui ont été couverts par MSupport.

Nous pouvons apposer un droit de rétention sur toutes actions en justice futures, poursuites en instance, ou politiques de remboursements (ex., AFLAC) pour des services liés aux remboursements que vous recevez pendant votre prise en charge par MSupport.

***Veuillez apposer vos initiales ici pour indiquer que vous avez lu et compris la clause de non-responsabilité:**

**Signature du Postulant ou
du Tuteur Légal:** _____

Date: _____

***** Afin de traiter votre demande en temps voulu, veuillez renvoyer ces documents dès que possible. *****

Le personnel de Michigan Medicine utilisera cette demande pour vous aider à résoudre vos engagements financiers. Toutes les informations contenues dans cette demande demeureront confidentielles.