



CENTRE DE SANTÉ MENTALE DU SUD DE L'IOWA

AIDE FINANCIÈRE - AVIS DE DÉCISION

Ottumwa • Albia • Bloomfield • Centerville • Fairfield • Keosauqua • Oskaloosa • Sigourney

DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR : _____

DATE DE FIN : _____

Nom et adresse du demandeur :

Nom: _____

Adresse: _____

Ville, État, Code postal : _____

Date de naissance du client : _____

Financement approuvé pour 90 jours. Durant cette période, la personne devra trouver un autre financement.

Le patient est responsable de _____ % de tous les frais totaux.