



Nom: _____

Hosp. #: _____

FORMULAIRE D'ACCUSÉ DE RÉCEPTION DES AVIS DE NON-DISCRIMINATION ET D'AIDE LINGUISTIQUE

En signant ci-dessous, je reconnais avoir reçu et/ou reçu des exemplaires des Avis de non-discrimination et d'assistance linguistique de l'Iowa Health Care. Je dispose du droit de consulter ces deux avis avant de signer ce formulaire.

L'Université de l'Iowa Health Care se réserve le droit de modifier les deux avis. L'avis de non-discrimination révisé sera publié en ligne à l'adresse <https://uihc.org/notice-nondiscrimination>. L'avis d'assistance linguistique révisé sera publié en ligne à l'adresse https://www.healthcare.uiowa.edu/marcom/uihc/visitors/point_to_your_language.pdf. Des copies papier seront disponibles aux points d'enregistrement.

Signature: NE PAS SIGNER – DOCUMENT DE RÉFÉRENCE SEULEMENT Date: ____ Heure: ____

(Patient ou personne légalement autorisée à consentir pour le patient)

(Nom en caractères d'imprimerie du patient ou de la personne légalement autorisée à signer)

(Lien avec le patient ou la personne légalement autorisée)

Ce formulaire dûment rempli doit être déposé dans le dossier médical.