



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'*Université 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](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.