

## Consignes pour le courrier d'une agence

Pour demander à bénéficier du programme UNM Care ou Out-of-County Care, vous devez nous fournir des documents justificatifs de votre identité et de votre adresse.

Certaines personnes ne disposent pas de tels documents. Si c'est votre cas, vous pouvez demander à un assistant social, un agent de santé de la communauté, un prestataire de santé ou une agence de la communauté qui vous connaît et qui connaît votre situation de fournir une déclaration écrite confirmant votre identité et/ou votre adresse. C'est ce que nous appelons un courrier d'attestation. Le terme « attestation » signifie que vous donnez votre parole que ce que vous dites est vrai.

Vous pouvez donner les consignes ci-dessous à l'une de ces personnes.

Cher [auteur du courrier],

Merci de rédiger ce courrier pour moi. Voici certaines consignes à respecter.

- **Vous pouvez utiliser le modèle du courrier d'attestation d'une agence** de la page suivante. Copiez le modèle de courrier et collez-le sur le papier à en-tête de votre agence (si vous en avez), remplissez-le, supprimez les phrases qui ne sont pas applicables et signez.
- **Courrier d'attestation d'une agence écrit à la main.** Utilisez le modèle de courrier comme guide pour rédiger votre propre courrier. Incluez uniquement les informations pertinentes par rapport à ce que vous atteste (l'identité et/ou l'adresse du patient). Pour les courriers rédigés à la main ou sans papier à en-tête, veuillez aussi inclure votre carte professionnelle ou un document similaire.
- Tous les courriers doivent inclure la date, le nom de l'auteur, son titre, son numéro de téléphone, son adresse électronique et sa signature.
- Le courrier peut être donné directement au patient pour qu'il le joigne à sa demande, ou envoyé par courrier à l'adresse UNM Financial Assistance at 1131 University Blvd, Suite D, Albuquerque, NM 87102 ou par courriel à l'adresse [financialassistance@salud.unm.edu](mailto:financialassistance@salud.unm.edu) ou à l'adresse électronique du représentant du patient.
- Si vous avez des questions, veuillez appeler le service d'assistance financière d'UNM au 505 272 2521.

## Exemple de courrier d'attestation d'une agence

Date : \_\_\_\_\_

J'écris pour vous donner des informations à propos de \_\_\_\_\_.  
nom du patient

Cette agence, \_\_\_\_\_, travaille avec  
nom de l'agence

\_\_\_\_\_ depuis \_\_\_\_\_.  
nom du patient mois/année

D'après ce que je sais de la personne mentionnée ci-dessous, je peux déclarer que :

\_\_\_\_\_ est bien son nom.

Ce patient vit à \_\_\_\_\_.

Veuillez accepter ces informations pour documenter sa demande pour bénéficier du programme UNM Care ou Out of County Care.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Nom

\_\_\_\_\_  
Titre

\_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone et/ou adresse électronique