Déclaration de la patiente ou du patient : données sur la situation financière

Données personnelles	
Nom	
Prénom	
Date de naissance	
État civil	
Nationalité	
Adresse exacte dans le pays de domicile	
Courriel	
Numéro de téléphone	
Conjointe ou conjoint **Partenaire** **Partenaire enregistré·e**	
Nom	
Prénom	
Date de naissance	
État civil	
Nationalité	
Adresse exacte dans le pays de domicile	
Courriel	
Numéro de téléphone	
Situation financière	
Disposez-vous de revenus (réguliers) ? Si oui, préciser la nature et le montant des revenus.	
Avez-vous des comptes dans un établissement postal ou bancaire ? Si oui, veuillez indiquer les coordonnées des comptes*.	

Disposez-vous de cartes de crédit ou de débit, d'un compte Paypal ou d'autres moyens de paiement ? Si oui, veuillez détailler les moyens de paiement*.	
Êtes-vous propriétaire de biens immobiliers ? Si oui, veuillez préciser.	
Je certifie par la présente avoir répondu de façon conforme à la vérité. Je certifie également que je ne possède pas d'autres moyens financiers qui me permettraient de payer les frais de traitement. Je prends note du fait qu'en cas de créance irrécouvrable, le fournisseur de prestations médicales peut déposer une demande de prise en charge des frais de traitement auprès de la Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration du canton de Berne (DSSI). J'ai compris que si les conditions de prise en charge sont réunies et que la DSSI s'acquitte des frais de traitement, le paiement est considéré comme des prestations d'aide sociale en ma faveur.	Date : Signature :

*Si vous manquez de place, merci de compléter les données ci-dessous.