



Solicitação de Assistência Financeira

Form content not retained in medical record.
For local storage only.

(complete fields or place patient label here)

Patient Name (First, Middle, Last)	
Birth Date (mm-dd-yyyy)	Room Number (if applicable)
Mayo Clinic Number	

Nome do solicitante (primeiro nome, nome do meio, sobrenome)	Local do serviço
--	------------------

Instruções: Preencha o formulário e anexe cópias de:

- Declarações fiscais e cronogramas de apoio (2 anos anteriores)
- Recibos de pagamento* (3 meses mais recentes)
- Benefícios da Previdência Social* (se aplicável)
- Extratos bancários* (3 meses mais recentes para todas as contas)
- Em uma página separada, descreva sua necessidade de assistência financeira*
- W-2 ou Declarações de Desemprego*

Eu solicitei ou solicitarei assistência médica federal ou estadual, ou verifiquei minha elegibilidade para intercâmbio de plano de cuidados de saúde.* <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Motivo _____	
Tenho uma ação judicial, acordo, reclamação de danos pessoais ou de responsabilidade pendente. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Motivo _____	
Tenho a disponibilidade de seguro através de meu empregador ou do empregador de meu cônjuge. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Motivo _____	
Renda anual domiciliar (como comunicado na declaração de imposto de renda)	Tamanho do agregado familiar (paciente, cônjuge e dependentes, como comunicado na declaração de imposto de renda)

Paciente ou Parte Responsável

Nome (primeiro nome, nome do meio, sobrenome)		Data de nascimento (dd-mm-aaaa)	
Endereço	Cidade	Estado	Código Postal
Telefone	Estado civil*		
Situação profissional <input type="checkbox"/> Tempo integral <input type="checkbox"/> Tempo parcial <input type="checkbox"/> Trabalhador autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado(a) <input type="checkbox"/> Estudante		Nome do empregador	
Duração do emprego	Data/Duração do desemprego (dd-mm-aaaa)	Tem outra declaração de impostos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Se "Sim", forneça tais declarações.)	

Cônjuge ou parceiro (usado para identificar todas as contas de pacientes elegíveis para assistência financeira)

Nome (primeiro nome, nome do meio, sobrenome)		Data de nascimento (dd-mm-aaaa)	
Situação profissional <input type="checkbox"/> Tempo integral <input type="checkbox"/> Tempo parcial <input type="checkbox"/> Trabalhador autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado(a) <input type="checkbox"/> Estudante		Nome do empregador	
Duração do emprego	Data/Duração do desemprego (dd-mm-aaaa)		

*Não aplicável para locais da NHSC incluindo Barron, Cameron, Rice Lake, Mondovi, Osseo, Menomonie, WI, ou Albert Lea MN Behavioral Health (incluindo Fountain Centers).

Solicitação de Assistência Financeira (continuação)

(complete fields or place patient label here)

Patient Name (First, Middle, Last)
Birth Date (mm-dd-yyyy)
Mayo Clinic Number

Dependentes (se mais de 4 dependentes usarem página separada)

Nome completo	Relação	Data de nascimento (dd-mm-aaaa)
1.		
2.		
3.		
4.		

Outros rendimentos

Descrição	Valor da renda mensal

Dívidas médicas

Tipo	A quem	Saldo não pago	Pagamento mensal
Médico(a)			
Hospital médico			
Outro			

Assinaturas de certificação

Certifico que todas as informações listadas são verdadeiras e corretas, segundo o meu melhor conhecimento. Entendo que as informações devem ser utilizadas para verificar minha capacidade de pagar pelos serviços prestados pela Mayo Clinic ou por uma entidade afiliada, e dou permissão à Mayo Clinic e a todas as clínicas, hospitais e entidades afiliadas para que compartilhem as informações conforme necessário para considerar meu pedido de assistência financeira. Eu autorizo a Mayo Clinic, todas as afiliadas da Mayo Clinic e representantes ou agentes a investigar as informações aqui apresentadas.

Assinatura do(a) paciente ou da Parte Responsável ▶	Data atual (dd-mm-aaaa)
Nome em letra de forma da Parte Responsável (primeiro nome, nome do meio, sobrenome)	
Assinatura do cônjuge ou parceiro ▶	Data atual (dd-mm-aaaa)
Nome em letra impressa do cônjuge ou parceiro (primeiro nome, nome do meio, sobrenome)	