



Wniosek o pomoc finansową

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	

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o pomoc (pierwsze imię, drugie imię, nazwisko)	Miejsce świadczenia usług
--	---------------------------

Instrukcje: uzupełnij wniosek i załącz kopie następujących dokumentów:

- Zeznania podatkowe i zestawienia dodatkowe (poprzednie 2 lata)
- Zasiłki socjalne* (jeśli mają zastosowanie)
- Opisz swoje potrzeby w zakresie pomocy finansowej na osobnej stronie*
- Odcinki wypłaty* (ostatnie 3 miesiące)
- Wyciągi bankowe (ostatnie 3 miesiące dla wszystkich rachunków)
- W-2 lub oświadczenia o przychodach osoby bezrobotnej*

Wnioskowałem(-am) lub będę wnioskował(a) o federalną lub stanową pomoc medyczną albo zweryfikowałem(-am) swoje uprawnienie do planu opieki medycznej*. <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Powód _____	
Mam nierozstrzygniętą sprawę sądową, ugodę albo skargę związaną z obrażeniami ciała lub odpowiedzialnością. <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Powód _____	
Jestem ubezpieczony(-a) przez mojego pracodawcę lub pracodawcę mojego współmałżonka. <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Powód _____	
Roczny dochód gospodarstwa domowego (zgodnie z zeznaniem podatkowym)	Wielkość gospodarstwa domowego (pacjent, współmałżonek i osoby pozostające na utrzymaniu zgodnie z zeznaniem podatkowym)

Pacjent lub strona odpowiedzialna

Imię i nazwisko (pierwsze imię, drugie imię, nazwisko)		Data urodzenia (mm-dd-rrrr)	
Adres	Miejscowość	Stan	Kod pocztowy
Telefon	Stan cywilny*		
Status zatrudnienia <input type="checkbox"/> W pełnym wymiarze <input type="checkbox"/> W niepełnym wymiarze <input type="checkbox"/> Samozatrudnienie <input type="checkbox"/> Bezrobocie <input type="checkbox"/> Nauka		Nazwa pracodawcy	
Długość okresu zatrudnienia Employment Length	Data rozpoczęcia / długość okresu bezrobocia (mm-dd-rrrr) Unemployed Date/Length (mm-dd-yyyy)	Czy rozlicza się Pan/Pani w zeznaniu podatkowym innej osoby? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie (Jeśli „tak”, prosimy dostarczyć zeznania podatkowe).	

Współmałżonek lub partner (prosimy zidentyfikować wszystkie osoby związane z pacjentem, uprawnione do pomocy finansowej)

Imię i nazwisko (pierwsze imię, drugie imię, nazwisko)		Data urodzenia (mm-dd-rrrr)	
Status zatrudnienia <input type="checkbox"/> W pełnym wymiarze <input type="checkbox"/> W niepełnym wymiarze <input type="checkbox"/> Samozatrudnienie <input type="checkbox"/> Bezrobocie <input type="checkbox"/> Nauka		Nazwa pracodawcy	
Długość okresu zatrudnienia	Data rozpoczęcia / długość okresu bezrobocia (mm-dd-rrrr)		

*Nie ma zastosowania do lokalizacji NHSC, w tym Barron, Cameron, Rice Lake, Mondovi, Osseo, Menomonie, WI lub Albert Lea MN Behavioral Health (łącznie z ośrodkami Fountain).

Wniosek o pomoc finansową (ciąg dalszy)

(complete fields or place patient label here)

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

Osoby pozostające na utrzymaniu (w przypadku więcej niż 4 osób pozostających na utrzymaniu prosimy wykorzystać osobną stronę)

Imię i nazwisko	Pokrewieństwo	Data urodzenia (mm-dd-yyyy)
1.		
2.		
3.		
4.		

Inny dochód

Opis	Kwota dochodu miesięcznego

Zadłużenie związane z wydatkami medycznymi

Typ	Względem kogo	Kwota pozostająca do opłacenia	Opłata miesięczna
Lekarz			
Szpital			
Inne			

Podpisy poświadczające

Zgodnie ze swoją najlepszą wiedzą poświadczam, że wszystkie wymienione informacje są zgodne z prawdą i poprawne. Rozumiem, że te informacje zostaną wykorzystane do ustalenia mojej zdolności do opłacenia usług świadczonych przez Mayo Clinic lub podmiot z nią powiązany oraz udzielam zgody Mayo Clinic i wszystkim powiązanym przychodniom, szpitalom i podmiotom do udostępniania informacji w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia mojego wniosku o pomoc finansową. Niniejszym udzielam zgody Mayo Clinic, wszelkim podmiotom powiązanym z Mayo Clinic i ich przedstawicielom lub agentom na zweryfikowanie informacji zawartych w niniejszym dokumencie.

Podpis pacjenta lub strony odpowiedzialnej ▶	Dzisiejsza data (mm-dd-yyyy)
Strona odpowiedzialna Imię i nazwisko (pierwsze imię, drugie imię, nazwisko), drukowanymi literami	
Podpis współmałżonka lub partnera ▶	Dzisiejsza data (mm-dd-yyyy)
Imię i nazwisko współmałżonka lub partnera (pierwsze imię, drugie imię, nazwisko), drukowanymi literami	