



Aplikasyon Para sa Tulong Pinansyal

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	

Pangalan ng Aplikante (Una, Gitna, Apelyido)	Lokasyon ng Serbisyo
--	----------------------

Panuto: Kumpletuhin ang aplikasyon at ilakip ang mga kopya ng:

- Income tax return at mga pansuportang iskedyul (nakalipas na 2 taon)
- Mga pay stub* (mula sa huling tatlong buwan)
- Mga benepisyo ng Social Security* (kung naangkop)
- Mga bank statement* (mula sa huling tatlong buwan para sa lahat ng account)
- Sa hiwalay na pahina, ilarawan ang iyong pangangailangan para sa tulong pinansyal*
- W-2 o Pahayag ng Kawalan ng Trabaho*

Nag-aaplay ako o mag-aaplay ako para sa tulong medikal ng pederal o estado o naberipika ang aking pagiging kuwalipikado para sa health care exchange plan.* <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Dahilan _____	
Mayroon akong nakabinbing demanda, settlement, personal na pinsala, o liability claim (paghahabol sa pananagutan). <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Dahilan _____	
Mayroon akong insurance sa pamamagitan ng aking employer o employer ng aking asawa. <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Dahilan _____	
Taunang Kita ng Sambahayan (tulad ng iniulat sa pag-file ng income tax)	Laki ng Sambahayan (pasyente, asawa, at mga dependent tulad ng iniulat sa pag-file ng income tax)

Pasyente o Responsableng Partido

Pangalan (Una, Gitna, Apelyido)		Petsa ng Kapanganakan (mm-dd-yyyy)	
Address	Lungsod	Estado	ZIP Code
Telepono	Katayuan sa Pag-aasawa*		
Katayuan sa Pagtatrabaho <input type="checkbox"/> Full time <input type="checkbox"/> Part time <input type="checkbox"/> Self employed <input type="checkbox"/> Walang trabaho <input type="checkbox"/> Estudyante		Pangalan ng Employer	
Tagal sa Trabaho	Petsa/Tagal ng Kawalan ng Trabaho (mm-dd-yyyy)	Nag-claim ka ba ng isa pang tax return? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi (Kung "Oo," ipakita ang iyong tax returns.)	

Asawa o Partner (Ginagamit para tukuyin ang lahat ng account ng pasyente na kwalipikado para sa tulong pinansyal)

Pangalan (Una, Gitna, Apelyido)		Petsa ng Kapanganakan (mm-dd-yyyy)	
Katayuan sa Pagtatrabaho <input type="checkbox"/> Full time <input type="checkbox"/> Part time <input type="checkbox"/> Self employed <input type="checkbox"/> Walang trabaho <input type="checkbox"/> Estudyante		Pangalan ng Employer	
Tagal sa Trabaho	Petsa/Tagal ng Kawalan ng Trabaho (mm-dd-yyyy)		

*Hindi naaangkop para sa mga lokasyon ng NHSC kasama ang Barron, Cameron, Rice Lake, Mondovi, Osseo, Menomonie, WI, o Albert Lea, MN Behavioral Health (kasama ang Fountain Centers).

Aplikasyon Para sa Tulong Pinansyal (karugtong)

(complete fields or place patient label here)

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

Mga Dependent (Gumamit ng hiwalay na pahina kung higit sa 4 na dependent)

Buong Pangalan	Kaugnayan	Petsa ng Kapanganakan (mm-dd-yyyy)
1.		
2.		
3.		
4.		

Iba pang Kita

Paglalarawan	Halaga ng Buwanang Kita

Medikal na Utang

Uri	Kanino	Hindi Pa Bayad na Balanse	Bayad Buwan-Buwan
Medikal na Doktor			
Medikal na Ospital			
Iba pa			

Mga Pirma ng Pagpapatunay

Pinapatunayan ko na wasto at totoo sa aking pinakanalalaman ang lahat ng nakalistang impormasyon. Nauunawaan ko na gagamitin ang impormasyon para alamin ang aking kakayahang magbayad sa mga serbisyong ibinibigay ng Mayo Clinic o kaanib na entidad at binibigyan ko ng pahintulot ang Mayo Clinic at lahat ng kaanib na klinika, ospital at entidad na ibahagi ang impormasyon kung kinakailangan upang maisaalang-alang ang aking hiling na tulong pinansyal. Sa pamamagitan nito, binibigyan ko ng pahintulot ang Mayo Clinic, lahat ng kaanib, kinatawan o ahente ng Mayo Clinic na suriin ang impormasyong nakapaloob rito.

Pirma ng Pasyente o Responsableng Partido ▶	Petsa Ngayong Araw (mm-dd-yyyy)
Nakalimbag na Pangalan ng Responsableng Partido (Una, Gitna, Apelyido)	
Pirma ng Asawa o Partner ▶	Petsa Ngayong Araw (mm-dd-yyyy)
Nakalimbag na Pangalan ng Asawa o Partner (Una, Gitna, Apelyido)	