



Заявление на получение финансовой помощи

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 | |

| | |
|--|----------------------------|
| ФИО заявителя (имя, отчество, фамилия) | Место предоставления услуг |
|--|----------------------------|

Инструкции: заполните заявление и приложите копии следующих документов:

- Налоговых деклараций и дополнительных ведомостей (за последние 2 года)
- Справок о получении пособий по социальному обеспечению* (если применимо)
- На отдельной странице опишите свою потребность в финансовой помощи*
- Справок о начислении заработной платы* (за последние 3 месяца)
- Банковских выписок* (за последние 3 месяца для всех счетов)
- Формы W-2 или справки о статусе безработного*

| | |
|--|---|
| Мной подано или будет подано заявление на получение федеральной медицинской помощи или медицинской помощи штата либо подтверждено соответствие требованиям моей программы обмена медицинскими услугами.* <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Причина _____ | |
| У меня находится на рассмотрении судебный иск, мировое соглашение, претензия о нанесении телесных повреждений или претензия по страхованию гражданской ответственности. <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Причина _____ | |
| У меня имеется доступ к страховке через моего работодателя или работодателя супруга(-и). <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Причина _____ | |
| Годовой доход семьи (как указано в налоговой декларации) | Члены семьи (пациент, супруг(-а) и иждивенцы: как указано в налоговой декларации) |

Пациент или ответственное лицо

| | | | |
|---|--|--|-----------------|
| ФИО (имя, отчество, фамилия) | | Дата рождения (мм-дд-гггг) | |
| Адрес | Город | Штат | Почтовый индекс |
| Телефон | Семейное положение* | | |
| Занятость <input type="checkbox"/> Полная <input type="checkbox"/> Неполная <input type="checkbox"/> Индивидуальный предприниматель <input type="checkbox"/> Безработный <input type="checkbox"/> Студент | | Наименование работодателя | |
| Стаж работы | Дата обретения / продолжительность статуса безработного (мм-дд-гггг) | Вы указаны в другой налоговой декларации? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет (Если да, предоставьте налоговую декларацию). | |

Супруг(-а) или партнер (используется для идентификации всех учетных записей пациента, отвечающих требованиям для получения финансовой помощи)

| | | | |
|---|--|----------------------------|--|
| ФИО (имя, отчество, фамилия) | | Дата рождения (мм-дд-гггг) | |
| Занятость <input type="checkbox"/> Полная <input type="checkbox"/> Неполная <input type="checkbox"/> Индивидуальный предприниматель <input type="checkbox"/> Безработный <input type="checkbox"/> Студент | | Наименование работодателя | |
| Стаж работы | Дата обретения / продолжительность статуса безработного (мм-дд-гггг) | | |

* Неприменимо для учреждений NHSC, включая Barron, Cameron, Rice Lake, Mondovi, Osseo, Menomonie, WI или Albert Lea MN Behavioral Health (включая Fountain Centers).

Заявление на получение финансовой помощи (продолжение)

(complete fields or place patient label here)

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

Иждивенцы (укажите на отдельной странице, если иждивенцев более 4)

| ФИО | Отношение | Дата рождения (мм-дд-гггг) |
|-----|-----------|----------------------------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |

Другие доходы

| Описание | Сумма ежемесячного дохода |
|----------|---------------------------|
| | |
| | |

Задолженность за оплату медицинских услуг

| Тип | Получатель | Неоплаченный остаток | Ежемесячный платеж |
|------------------------|------------|----------------------|--------------------|
| Врач | | | |
| Медицинское учреждение | | | |
| Другое | | | |

Удостоверяющие подписи

Я подтверждаю, что вся указанная информация является, насколько мне известно, достоверной и правильной. Я понимаю, что эта информация должна использоваться для подтверждения моей способности оплачивать услуги, предоставляемые клиникой Mayo Clinic или аффилированной организацией. Настоящим я даю разрешение Mayo Clinic и всем аффилированным клиникам, больницам и организациям делиться информацией, необходимой для рассмотрения моего заявления на получение финансовой помощи. Настоящим я даю разрешение клинике Mayo Clinic, всем ее аффилированным лицам, представителям или агентам изучать информацию, содержащуюся в настоящем документе.

| | |
|--|-------------------|
| Подпись пациента или ответственного лица ▶ | Дата (мм-дд-гггг) |
| Ответственное лицо: ФИО печатными буквами (имя, отчество, фамилия) | |
| Подпись супруга(-и) или партнера ▶ | Дата (мм-дд-гггг) |
| Супруг(-а) или партнер: ФИО печатными буквами (имя, отчество, фамилия) | |