



Solicitud de asistencia económica

(complete fields or place patient label here)

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

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

Nombre del solicitante (primer nombre, segundo nombre, apellido)	Ubicación del servicio
------------------------------------------------------------------	------------------------

Instrucciones: Complete la solicitud y adjunte copias de lo siguiente:

- Declaraciones del impuesto a la renta y documentos comprobatorios (de los 2 años anteriores)
- Recibos de pago* (de los últimos 3 meses)
- Beneficios del seguro social* (si corresponde)
- Extractos bancarios* (de los últimos 3 meses de todas las cuentas)
- Descripción de la necesidad de asistencia económica en una página aparte*
- Formulario W-2 o declaraciones de desempleo*

Solicitó o voy a solicitar asistencia médica federal o estatal, o verifiqué mi elegibilidad para el plan de intercambio de atención médica.* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Motivo _____	
Tengo pendiente una demanda, liquidación, lesión personal o responsabilidad de reclamo. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Motivo _____	
Tengo un seguro de salud disponible a través de mi empleador o del empleador de mi cónyuge. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Motivo _____	
Ingreso anual del núcleo familiar (según lo informado en la declaración del impuesto a las ganancias)	Tamaño del núcleo familiar (paciente, cónyuge y dependientes según lo informado en la declaración del impuesto a las ganancias)

Paciente o parte responsable

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)		Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa)	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono		Estado civil*	
Situación laboral <input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Media jornada <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante			Nombre del empleador
Duración del empleo	Fecha de desempleo/Tiempo como desempleado (mm-dd-aaaa)	¿Figura usted en otra declaración del impuesto a la renta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si responde "Sí", presente las declaraciones del impuesto a la renta.)	

Cónyuge o pareja (se usa para identificar todas las cuentas de pacientes elegibles para asistencia económica)

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)		Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa)	
Situación laboral <input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Media jornada <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante			Nombre del empleador
Duración del empleo		Fecha de desempleo/Tiempo como desempleado (mm-dd-aaaa)	

*No aplica para lugares del Grupo Nacional de Servicios de Salud (NHSC, por sus siglas en inglés) como Barron, Cameron, Rice Lake, Mondovi, Osseo, Menomonie, WI o Albert Lea MN Behavioral Health (incluido Fountain Centers).

Solicitud de asistencia económica (continuación)

(complete fields or place patient label here)

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

Dependientes (si tiene más de 4 dependientes, use otra página)

Nombre completo	Relación	Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa)
1.		
2.		
3.		
4.		

Otros ingresos

Descripción	Monto del ingreso mensual

Deuda médica

Tipo	A quién	Saldo impago	Pago mensual
Médico			
Hospital			
Otro			

Certificación mediante firmas

Certifico que, a mi leal saber y entender, toda la información descrita es fiel y correcta. Comprendo que la información se usará para determinar mi capacidad de pago de los servicios que ofrece Mayo Clinic o una entidad afiliada, y autorizo a Mayo Clinic y a todas las clínicas, hospitales y entidades afiliados a compartir la información según sea necesario para considerar mi solicitud de asistencia económica. Por la presente, doy mi consentimiento a Mayo Clinic, todas las filiales, representantes o agentes de Mayo Clinic para que investiguen la información aquí descrita.

Firma del paciente o de la parte responsable ▶	Fecha de hoy (mm-dd-aaaa)
Nombre de la parte responsable en letra de imprenta (primer nombre, segundo nombre, apellido)	
Firma del cónyuge o de la pareja ▶	Fecha de hoy (mm-dd-aaaa)
Nombre del cónyuge o de la pareja en letra de imprenta (primer nombre, segundo nombre, apellido)	