



ใบสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน

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	

ชื่อผู้สมัคร (ชื่อแรก ชื่อกลาง นามสกุล)	สถานที่ให้บริการ
---	------------------

คำแนะนำ: กรอกใบสมัครพร้อมแนบสำเนา:

- การคืนภาษีและตารางสลิปสนุน (ย้อนหลัง 2 ปี)
- สวัสดิการประกันสังคม* (หากมี)
- ในหน้าแยกอธิบาย ให้ความต้องการขอรับความช่วยเหลือทางการเงินของคุณ*
- ต้นข้าจ่าย* (ย้อนหลัง 3 เดือน)
- ใบแจ้งยอดเงินฝากจากธนาคาร* (ย้อนหลัง 3 เดือนสำหรับทุกบัญชี)
- W-2 หรือใบแจ้งการว่างงาน*

ฉันได้สมัครหรือจะสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินแพทย์ของรัฐบาลกลางหรือรัฐ หรือได้ตรวจสอบสิทธิ์ในแผนการแลกเปลี่ยนด้านการดูแลสุขภาพของฉันแล้ว*	
<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ เหตุผล _____	
ฉันมีคิความ การยุติคดี การบาดเจ็บส่วนบุคคล หรือการเรียกร้องความรับผิดชอบที่ค้างอยู่	
<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ เหตุผล _____	
ฉันมีความพร้อมใช้ประโยชน์ในการประกันผ่านนายจ้างหรือนายจ้างของคุณสมรสฉัน	
<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ เหตุผล _____	
รายได้ประจำปีของครัวเรือน (ตามรายงานการยื่นภาษีเงินได้)	ขนาดครัวเรือน (ผู้ปวย คู่สมรส และผู้อยู่ในอุปการะตามที่รายงานในการยื่นภาษีเงินได้)

ผู้ปวยหรือฝ่ายที่รับผิดชอบ

ชื่อ (ชื่อแรก ชื่อกลาง นามสกุล)		วันเดือนปีเกิด (คค-ว-ปปปป)	
ที่อยู่	เมือง	รัฐ	รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์	สถานภาพการสมรส*		
สถานะการจ้างงาน	ชื่อนายจ้าง		
<input type="checkbox"/> เต็มเวลา <input type="checkbox"/> นอกเวลา <input type="checkbox"/> อาชีพอิสระ <input type="checkbox"/> ว่างงาน <input type="checkbox"/> นักศึกษา			
ระยะเวลาการจ้างงาน	วัน/ระยะเวลาที่ว่างงาน (คค-ว-ปปปป)	คุณอ้างสิทธิ์ในการขอคืนภาษีอื่นหรือไม่?	
		<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	
		(หาก "ใช่" ให้ยื่นแบบแสดงรายการภาษี)	

คู่สามีภรรยาหรือคู่สมรส (ใช้เพื่อระบุบัญชีผู้ปวยทั้งหมดที่มีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน)

ชื่อ (ชื่อแรก ชื่อกลาง นามสกุล)		วันเดือนปีเกิด (คค-ว-ปปปป)	
สถานะการจ้างงาน	ชื่อนายจ้าง		
<input type="checkbox"/> เต็มเวลา <input type="checkbox"/> นอกเวลา <input type="checkbox"/> อาชีพอิสระ <input type="checkbox"/> ว่างงาน <input type="checkbox"/> นักศึกษา			
ระยะเวลาการจ้างงาน	วัน/ระยะเวลาที่ว่างงาน (คค-ว-ปปปป)		

*ไม่สามารถใช้ไม่ได้กับสถานที่ตั้งของ NHSC รวมถึง Barron, Cameron, Rice Lake, Mondovi, Osseo, Menomonie, WI หรือ Albert Lea MN Behavioral Health (รวมถึง Fountain Centers)

ผู้อยู่ในอุปการะ (หากมีผู้อยู่ในอุปการะมากกว่า 4 คน ให้ใช้หน้าแยกต่างหาก)

ชื่อเต็ม	ความสัมพันธ์	วันเดือนปีเกิด (คค-ว-ปปปป)
1.		
2.		
3.		
4.		

ใบสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน (ต่อ)

(complete fields or place patient label here)

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

รายได้อื่น ๆ

คำอธิบาย	จำนวนรายได้ต่อเดือน

หนี้ทางการแพทย์

ประเภท	ถึงผู้ที่เกี่ยวข้อง	ยอดค้างชำระ	การชำระเงินรายเดือน
แพทย์			
โรงพยาบาลแพทย์			
อื่น ๆ			

ลายเซ็นรับรอง

ฉันขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดที่ระบุเป็นความจริงและถูกต้องตามความรู้ที่ดีที่สุดของฉัน ฉันเข้าใจว่าข้อมูลนี้ใช้เพื่อยืนยันความสามารถของฉันในการชำระค่าบริการที่จัดทำโดย Mayo Clinic หรือหน่วยงานในเครือ และฉันอนุญาตให้ Mayo Clinic และคลินิก โรงพยาบาล และหน่วยงานในเครือทั้งหมดแบ่งปันข้อมูลตามความจำเป็นเพื่อพิจารณาค่าขอรับความช่วยเหลือทางการเงินของฉัน ฉันให้สิทธิ์แก่ Mayo Clinic บริษัทในเครือและตัวแทนหรือตัวแทนของ Mayo Clinic ทั้งหมดเพื่อตรวจสอบข้อมูลที่อยู่ในเอกสารฉบับนี้

ผู้ป่วยหรือลายเซ็นผู้รับผิดชอบ	วันที่ปัจจุบัน (คค-ว-ปปปป)
ฝ่ายที่รับผิดชอบชื่อ พิมพ์ (ชื่อแรก ชื่อกลาง นามสกุล)	
ลายเซ็นคู่สามีภรรยาหรือคู่สมรส	วันที่ปัจจุบัน (คค-ว-ปปปป)
คู่สามีภรรยาหรือคู่สมรสชื่อ พิมพ์ (ชื่อแรก ชื่อกลาง นามสกุล)	