



طلب حصول على مساعدة مالية

Financial Assistance Application (Arabic)

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	

موقع الخدمة
Service Location

التعليمات: املأ الطلب وأرفق به نسخًا من المستندات التالية:

Instructions: Complete application and attach copies of:

• إقرار ضريبي لهذا العام أو للعام السابق (أو نموذج W-2 إذا لم يكن الإقرار الضريبي متوفرًا)

Tax return from current or prior year (or W-2 if tax not available)

• كشوفات إعانة البطالة (إن وجدت)

Unemployment statements (if applicable)

• قسائم الراتب (الخاصة بأخر شهر)

Pay stubs (most recent month)

• مستندات الضمان الاجتماعي، والمعاش التقاعدي، ومخصصات التقاعد (إن وجدت)

Social security, pension, retirement benefits (if applicable)

• كشوفات الحسابات المصرفية (عن آخر شهر لجميع الحسابات)

Bank statements (most recent month for all accounts)

في حال عدم توفر المستندات المذكورة أعلاه، يُرجى تقديم ورقة منفصلة تشرح وضعك المالي الحالي.

If the above copies are not available, provide a separate page describing your current financial situation.

يتعين على المرضى الذين لا يتلقون خدماتهم الطبية إلا في العيادات التابعة لنظام Oakridge الصحي في مدينة موندوفي بولاية ويسكونسن أو مدينة ألبرت ليا بعيادات مينيسوتا للصحة السلوكية فقط استكمال الطلب وإرفاق نسخ من أحد المستندات التالية:

Patients seen only at Oakridge in Mondovi, Wisconsin or Albert Lea, Minnesota Behavioral Health are only required to complete the application and attach copies of **one** of the following:

• نموذج W-2 للعام السابق (أو نموذج 4506-T إذا لم يكن نموذج W-2 مقدمًا)

Prior year W-2 (or Form 4506-T if W-2 not filed)

• قسيمة الراتب لأخر شهرين

Two most recent pay stubs

• بيان إثبات دخل صادر من جهة العمل

Income verification from employer

بيانات المريض أو الشخص المسؤول عن استكمال هذا الطلب

Patient or Responsible Party Completing This Application

تاريخ الميلاد (شهر-يوم-سنة) Birth Date (mm-dd-yyyy)	اسم المريض (الاسم الأول-الاسم الأوسط-اسم العائلة) Patient Name (First Middle Last)		
الرمز البريدي ZIP Code	الولاية State	المدينة City	العنوان Address
صلة هذا الشخص بالمريض (إذا لم يكن المريض نفسه) Relationship to the Patient (if not the Patient)	الشخص المسؤول عن استكمال هذا الطلب (إذا لم يكن المريض نفسه) Responsible Party Completing the Application (if not the Patient) (First Middle Last)		
عدد أفراد الأسرة (المريض، والزوج أو الزوجة، والأفراد المُعالون كما هو وارد في ملف ضريبة الدخل) Household Size (patient, spouse, and dependents as reported on income tax filing)	الدخل السنوي للأسرة (كما هو وارد في الإقرار الضريبي للدخل) Household Annual Income (as reported on income tax filing)		

طلب حصول على مساعدة مالية (تابع)

Financial Assistance Application (Arabic) (continued)

(complete fields or place patient label here)

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

رقم الهاتف Phone		جهة التأمين الطبي ورقم بوليصة التأمين Medical Insurance Name and Policy Number	
الحالة الوظيفية Employment Status	اسم جهة العمل Employer Name	<input type="checkbox"/> دوام كامل Full time <input type="checkbox"/> دوام جزئي Part time <input type="checkbox"/> عاطل عن العمل Unemployed <input type="checkbox"/> متقاعد Retired <input type="checkbox"/> طالب Student <input type="checkbox"/> عمل مستقل Self employed	
مدة التوظيف Employment Length	هل أنت مُدرج ضمن إقرار ضريبي آخر؟ Are you claimed on another tax return?	عاطل عن العمل: التاريخ/المدة (شهر-يوم-سنة) Unemployed Date/Length (mm-dd-yyyy)	<input type="checkbox"/> نعم Yes <input type="checkbox"/> لا (إذا كانت الإجابة "نعم"، أرفق نسخة من الإقرار الضريبي). No (If "Yes," provide tax return.)

الأشخاص المُعالون (في حال كان العدد أكثر من 6 مُعالين، استخدم صفحة منفصلة)
Dependents (If more than 6 dependents, use separate page)

تاريخ الميلاد (شهر-يوم-سنة) Birth Date (mm-dd-yyyy)	الصلة بالمرضى Relationship	الاسم الكامل (الاسم الأول-الاسم الأوسط-اسم العائلة) Full Name (First Middle Last)
		1.
		2.
		3.
		4.
		5.
		6.

المرضى الذين لا يتلقون خدماتهم الطبية إلا في العيادات التابعة لنظام Oakridge الصحي في مدينة موندوفي بولاية ويسكونسن أو مدينة ألبرت ليا عيادات مينيسوتا للصحة السلوكية فقط غير مطالبين باستكمال القسم التالي المخصص للزوج أو الزوجة:

Patients seen only at Oakridge in Mondovi, Wisconsin or Albert Lea, Minnesota Behavioral Health do not need to complete the following spouse section:

الزوج أو الزوجة (يُستخدم هذا القسم لتحديد جميع حسابات المرضى المؤهلين للحصول على مساعدة مالية)
Spouse (Used to identify all patient accounts eligible for financial assistance)

الحالة الاجتماعية Marital Status	
الاسم (الاسم الأول-الاسم الأوسط-اسم العائلة) Name (First Middle Last)	تاريخ الميلاد (شهر-يوم-سنة) Birth Date (mm-dd-yyyy)
الحالة الوظيفية Employment Status	اسم جهة العمل Employer Name
<input type="checkbox"/> دوام كامل Full time <input type="checkbox"/> دوام جزئي Part time <input type="checkbox"/> عاطل عن العمل Unemployed <input type="checkbox"/> متقاعد Retired <input type="checkbox"/> طالب Student <input type="checkbox"/> عمل مستقل Self employed	

طلب حصول على مساعدة مالية (تابع)

Financial Assistance Application (Arabic) (continued)

(complete fields or place patient label here)

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

عاطل عن العمل: التاريخ/المدة (شهر-يوم-سنة) Unemployed Date/Length (mm-dd-yyyy)	مدة التوظيف Employment Length
---	----------------------------------

توقيعات الإقرار والموافقة Certification Signatures

أقر بأن جميع المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة ودقيقة على حد علمي. أدرك أن هذه المعلومات ستستخدم من أجل التأكد من قدرتي على دفع تكاليف الخدمات المقدمة من مايو كلينك أو جهة تابعة لها، وأمنح مايو كلينك وجميع العيادات والمستشفيات والجهات التابعة لها الإذن بتبادل هذه المعلومات حسب الضرورة للنظر في طلبي للحصول على مساعدة مالية. أمنح بموجب هذا الإقرار الإذن لـ مايو كلينك وجميع الجهات التابعة لها وممثليها أو وكلائها بالتحري عن صحة المعلومات الواردة في هذا المستند.

I certify that all information listed is true and correct to the best of my knowledge. I understand that the information is to be used to ascertain my ability to pay for services provided by Mayo Clinic or an affiliated entity and I give permission to Mayo Clinic and all affiliated clinics, hospitals and entities to share the information as necessary to consider my financial assistance request. I hereby grant permission to Mayo Clinic, all Mayo Clinic affiliates and representatives or agents to investigate the information contained herein.

التاريخ (شهر-يوم-سنة) Date (mm-dd-yyyy)	توقيع المريض أو الشخص المسؤول عن استكمال هذا الطلب Patient or Responsible Party Signature
اسم الشخص المسؤول بحروف واضحة (الاسم الأول-الاسم الأوسط-اسم العائلة) Responsible Party Printed Name (First Middle Last)	