



درخواست کمک مالی

Financial Assistance Application (Farsi)

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	

مکان ارائه خدمات

Service Location

دستورالعمل‌ها: درخواست را تکمیل و کپی مدارک زیر را ضمیمه کنید:

Instructions: Complete application and attach copies of:

• اظهارنامه مالیاتی سال جاری یا سال قبل (یا فرم W-2 در صورت عدم دسترسی به اظهارنامه مالیاتی)

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

• گواهی‌های بیکاری (در صورت وجود)

Unemployment statements (if applicable)

• فیش‌های حقوقی (جدیدترین ماه)

Pay stubs (most recent month)

• مزایای تأمین اجتماعی، بازنشستگی، مستمری (در صورت وجود)

Social security, pension, retirement benefits (if applicable)

• صورت‌حساب‌های بانکی (جدیدترین ماه برای تمامی حساب‌ها)

Bank statements (most recent month for all accounts)

اگر مدارک فوق در دسترس نیستند، لطفاً یک صفحه جداگانه حاوی شرح وضعیت مالی فعلی خود ارائه دهید.

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

بیمارانی که فقط در اوکریج در موندووی، ویسکانسین، آلبرت لی، یا مینه‌سوتا خدمات سلامت رفتاری دریافت می‌کنند، فقط ملزم به

تکمیل درخواست و پیوست کردن کپی یکی از مدارک زیر هستند:

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:

• فرم W-2 سال گذشته (یا فرم 4506-T اگر فرم W-2 ثبت نشده باشد)

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

• دو فیش حقوقی اخیر

Two most recent pay stubs

• تأییدیه درآمد از طرف کارفرما

Income verification from employer

شخص بیمار یا طرف مسئول تکمیل‌کننده درخواست

Patient or Responsible Party Completing This Application

نام بیمار (نام کوچک میانی نام خانوادگی) Patient Name (First Middle Last)		تاریخ تولد (سال-روز-ماه) Birth Date (mm-dd-yyyy)	
آدرس Address	شهر City	ایالت State	کدپستی ZIP Code
طرف مسئول تکمیل‌کننده درخواست (اگر شخص بیمار نیست) Responsible Party Completing the Application (if not the Patient) (First Middle Last)		نسبت با بیمار (اگر شخص بیمار نیست) Relationship to the Patient (if not the Patient)	
درآمد سالانه خانوار (مطابق با آنچه در اظهارنامه مالیاتی گزارش شده است) Household Annual Income (as reported on income tax filing)		تعداد افراد خانوار (بیمار، همسر، و افراد تحت تکفل مطابق با آنچه در اظهارنامه مالیاتی گزارش شده است) Household Size (patient, spouse, and dependents as reported on income tax filing)	

درخواست کمک مالی (ادامه)

Financial Assistance Application (Farsi) (continued)

(complete fields or place patient label here)

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

شماره تلفن Phone	نام بیمه درمانی و شماره بیمه نامه Medical Insurance Name and Policy Number
وضعیت استخدام Employment Status	نام کارفرما Employer Name
☐ تمام وقت Full time ☐ بیکار Unemployed ☐ پار موقت Part time ☐ دانشجو Student ☐ خوداشتغالی Self employed ☐ باز نشسته Retired	آیا در اظهارنامه مالیاتی شخص دیگری به عنوان فرد تحت تکفل قید شده‌اید؟ Are you claimed on another tax return? ☐ خیر (اگر «بله»، اظهارنامه مالیاتی را ارائه دهید.) No (If "Yes," provide tax return.) ☐ بله Yes
مدت اشتغال Employment Length	تاریخ/مدت بیکاری (سال-روز-ماه) Unemployed Date/Length (mm-dd-yyyy)

افراد تحت تکفل (اگر بیش از 6 نفر تحت تکفل دارید، از صفحه جداگانه استفاده کنید)

Dependents (If more than 6 dependents, use separate page)

نام کامل (نام کوچک میانی نام خانوادگی) Full Name (First Middle Last)	نسبت Relationship	تاریخ تولد (سال-روز-ماه) Birth Date (mm-dd-yyyy)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

بیمارانی که فقط در اوکریج در موندووی، ویسکانسین، آلبرت لی، یا مینه‌سوتا خدمات سلامت رفتاری دریافت می‌کنند، نیازی به تکمیل بخش همسر که در ادامه آمده است ندارند:

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

همسر (برای شناسایی تمامی حساب‌های بیمار واجد شرایط کمک مالی استفاده می‌شود)

Spouse (Used to identify all patient accounts eligible for financial assistance)

وضعیت تأهل Marital Status	نام (نام کوچک میانی نام خانوادگی) Name (First Middle Last)
وضعیت استخدام Employment Status	تاریخ تولد (سال-روز-ماه) Birth Date (mm-dd-yyyy)
☐ تمام وقت Full time ☐ بیکار Unemployed ☐ پار موقت Part time ☐ دانشجو Student ☐ خوداشتغالی Self employed ☐ باز نشسته Retired	نام کارفرما Employer Name
مدت اشتغال Employment Length	تاریخ/مدت بیکاری (سال-روز-ماه) Unemployed Date/Length (mm-dd-yyyy)

درخواست کمک مالی (ادامه)
Financial Assistance Application (Farsi) (continued)

(complete fields or place patient label here)

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

تأییدیه امضاها
Certification Signatures

بدینوسیله گواهی می‌دهم که تمامی اطلاعات مندرج در این سند تا جایی که اطلاع دارم، صحیح و درست است. من درک می‌کنم که این اطلاعات برای تعیین توانایی من در پرداخت هزینه خدمات ارائه شده توسط Mayo Clinic یا نهاد وابسته استفاده خواهد شد و من به Mayo Clinic و تمامی کلینیک‌ها، بیمارستان‌ها و نهادهای وابسته اجازه می‌دهم تا در صورت لزوم این اطلاعات را برای بررسی درخواست کمک مالی من به اشتراک بگذارند. بدینوسیله به Mayo Clinic، کلیه شرکت‌های وابسته به Mayo Clinic و نمایندگان یا مأموران آن اجازه می‌دهم که اطلاعات موجود در این سند را بررسی نمایند.

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.

امضای بیمار یا طرف مسئول Patient or Responsible Party Signature	تاریخ (سال-روز-ماه) Date (mm-dd-yyyy)
نام طرف مسئول با حروف خوانا و درشت (نام کوچک میانی نام خانوادگی) Responsible Party Printed Name (First Middle Last)	