



# 财务援助申请

## Financial Assistance Application – Mandarin

这份表格收集的信息不会成为病历的一部分。仅限当地商店。

申请人姓名 (名字、中间名、姓氏)	服务地址	Mayo Clinic病历号码
-------------------	------	-----------------

说明：完成申请并随附以下副本：

- 报税表以及从属附表（之前2年）
- 社会安全福利\*（如适用）
- 在单独的一页纸上描述您的财务援助需求\*
- 工资单\*（最近3个月）
- 银行存款证明\*（所有帐户最近3个月的存款证明）
- W-2或失业声明\*

\*不适用于威斯康星州的Barron、Cameron、Rice Lake、Mondovi、Osseo、Elmwood或Menomonie

我已申请或即将申请联邦或州医疗援助，或者已验证我的医疗交换计划资格。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 理由 _____
我有未解决的诉讼、庭外和解、人身伤害或者债务求偿问题。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 理由 _____
我有通过我的雇主或我的配偶的雇主购买的保险。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 理由 _____
我之前曾在另一家Mayo Clinic机构申请过财务援助。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不确定 地点 _____ 时间 _____

### 患者/责任方

姓名 (名字、中间名、姓氏)	社会安全号码	出生日期 (月/日/年)	
地址	城市	州	邮编
电话	家庭人数 (患者、配偶及亲属)	婚姻状态	
就业状态 <input type="checkbox"/> 全职 <input type="checkbox"/> 兼职 <input type="checkbox"/> 自由职业 <input type="checkbox"/> 待业 <input type="checkbox"/> 学生	雇主姓名		
工作年限	失业日期/时长 (月/日/年)	您是否被要求提供另一项报税表？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (如果是，请提供被要求提供的报税表)	

### 配偶/伴侣

姓名 (名字、中间名、姓氏)	社会安全号码	出生日期 (月/日/年)	
就业状态 <input type="checkbox"/> 全职 <input type="checkbox"/> 兼职 <input type="checkbox"/> 自由职业 <input type="checkbox"/> 待业 <input type="checkbox"/> 学生	雇主姓名		
工作年限	失业日期/时长 (月/日/年)		

### 亲属 (如果有超过4位亲属，请单独使用一页纸)

全名	关系	出生日期 (月/日/年)
1.		
2.		
3.		
4.		

申请人姓名 (名字、中间名、姓氏)	Mayo Clinic病历号码
-------------------	-----------------

**银行帐户** 不适用于威斯康星州的Barron、Cameron、Rice Lake、Mondovi、Osseo、Elmwood或Menomonie

银行名称	帐户类型	银行名称	帐户类型
	支票		支票
	储蓄		储蓄
	其它投资与证券		其它投资与证券

**不动产** 不适用于威斯康星州的Barron、Cameron、Rice Lake、Mondovi、Osseo、Elmwood或Menomonie

类型	详情	评估价值	未清余额
第二居所/度假屋			
土地	英亩数		
租赁财产			
商业/农业设备			
其它/休闲车			

**如果您有以下任意收入来源，请提供文件凭证**

收入说明	来源	每月收入金额
利息/红利		
养老金/退休金		
租赁/不动产		
残障		
赡养费/子女抚养费		
其它		

**保险**

类型	相关政策	月付款项
健康		

**医疗欠费**

类型	债权方	未清余额	月付款项
医疗 医生			
医疗 医院			
其它			

**保证书**

我保证，据我所知，以上列出的所有信息均真实、正确。我了解，这些信息将用于确定我对于由Mayo Clinic或附属实体所提供服务的支付能力，并且，我允许Mayo Clinic及所有附属诊所、医院和实体在考虑我的财务援助请求过程中根据需要分享这些信息。我特此同意Mayo Clinic、所有Mayo Clinic附属机构及代表或代理方对此处所包含的信息进行调查，并获得信用报告。

患者/责任方签字	日期 (月/日/年)
配偶/伴侣签字	日期 (月/日/年)