



Wniosek o dofinansowanie

Financial Assistance Application (Polish)

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	

Miejsce realizacji świadczenia

Service Location

Instrukcje: Wypełnić wniosek i załączyć kopie następujących dokumentów:

Instructions: Complete application and attach copies of:

- Deklaracja podatkowa za rok ubiegły bądź bieżący (albo formularz W-2 w przypadku braku deklaracji)
Tax return from current or prior year (or W-2 if tax not available)
- Zaświadczenie o pobieraniu zasiłku (jeśli dotyczy)
Unemployment statements (if applicable)
- Odcinki wypłaty (za ostatni miesiąc)
Pay stubs (most recent month)
- Zaświadczenie o pobieranych świadczeniach z systemu ubezpieczeń społecznych lub świadczeniach emerytalno-rentowych (jeśli dotyczy)
Social security, pension, retirement benefits (if applicable)
- Wyciągi bankowe (za ostatni miesiąc, ze wszystkich rachunków)
Bank statements (most recent month for all accounts)

W przypadku braku powyższych dokumentów należy opisać swoją obecną sytuację finansową na osobnej kartce.

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

Pacjenci przyjmowani wyłącznie w Oakridge w Mondovi, Wisconsin lub Albert Lea, Minnesota Behavioral Health muszą jedynie wypełnić wniosek i załączyć kopie **jednej** z następujących pozycji:

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:

- Formularz W-2 za rok ubiegły (albo formularz 4506-T, jeśli nie składano formularza W-2)
Prior year W-2 (or Form 4506-T if W-2 not filed)
- Dwa ostatnie odcinki wypłaty
Two most recent pay stubs
- Zaświadczenie o wysokości wynagrodzenia od pracodawcy
Income verification from employer

Pacjent lub osoba odpowiedzialna wypełniająca wniosek

Patient or Responsible Party Completing This Application

Imię/imiona i nazwisko pacjenta Patient Name (First Middle Last)		Data urodzenia (mm-dd-yyyy) Birth Date (mm-dd-yyyy)	
Adres Address	Miejscowość City	Stan State	Kod pocztowy ZIP Code
Osoba odpowiedzialna wypełniająca wniosek (jeśli nie jest to pacjent) (imię/imiona i nazwisko) Responsible Party Completing the Application (if not the Patient) (First Middle Last)		Relacja z pacjentem (jeśli pacjent nie wypełnia wniosku samodzielnie) Relationship to the Patient (if not the Patient)	
Roczny dochód gospodarstwa domowego (wykazany w deklaracji podatkowej) Household Annual Income (as reported on income tax filing)		Wielkość gospodarstwa domowego (pacjent, współmałżonek i osoby pozostające na utrzymaniu, zgodnie z treścią deklaracji podatkowej) Household Size (patient, spouse, and dependents as reported on income tax filing)	

Wniosek o dofinansowanie (ciąg dalszy)

Financial Assistance Application (Polish) (continued)

(complete fields or place patient label here)

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

Telefon Phone	Nazwa ubezpieczyciela medycznego i numer polisy Medical Insurance Name and Policy Number	
Status zatrudnienia Employment Status ☐ Pełny etat Full time ☐ Niepełny etat Part time ☐ Samozatrudnienie Self employed ☐ Bezrobotny Unemployed ☐ Student Student ☐ Emeryt Retired		Nazwa pracodawcy Employer Name
Długość zatrudnienia Employment Length	Data przejścia na bezrobocie lub długość bezrobocia (mm-dd-rrrr) Unemployed Date/Length (mm-dd-yyyy)	Czy uwzględniono Pana/Panią w innej deklaracji podatkowej? Are you claimed on another tax return? ☐ Tak Yes ☐ Nie (Jeśli tak – załączyć deklarację) No (If “Yes,” provide tax return.)

Osoby pozostające na utrzymaniu (jeśli więcej niż 6 – wymienić na osobnej kartce)

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

Imię/imiona i nazwisko Full Name (First Middle Last)	Relacja Relationship	Data urodzenia (mm-dd-rrrr) Birth Date (mm-dd-yyyy)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Pacjenci przyjmowani wyłącznie w Oakridge w Mondovi, Wisconsin lub Albert Lea, Minnesota Behavioral Health nie muszą wypełniać poniższej części dotyczącej współmałżonka.

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

Współmałżonek (do celów identyfikacji wszystkich kont pacjenta kwalifikujących się do dofinansowania)

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

Stan cywilny Marital Status	
Imię/imiona i nazwisko Name (First Middle Last)	Data urodzenia (mm-dd-rrrr) Birth Date (mm-dd-yyyy)
Status zatrudnienia Employment Status ☐ Pełny etat Full time ☐ Niepełny etat Part time ☐ Samozatrudnienie Self employed ☐ Bezrobotny Unemployed ☐ Student Student ☐ Emeryt Retired	Nazwa pracodawcy Employer Name
Długość zatrudnienia Employment Length	Data przejścia na bezrobocie lub długość bezrobocia (mm-dd-rrrr) Unemployed Date/Length (mm-dd-yyyy)

Wniosek o dofinansowanie (ciąg dalszy)

Financial Assistance Application (Polish) (continued)

(complete fields or place patient label here)

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

Podpisy poświadczające Certification Signatures

Potwierdzam, że zgodnie z moją najlepszą wiedzą wszystkie podane informacje są zgodne z prawdą i poprawne. Rozumiem, że informacje te zostaną wykorzystane do ustalenia moich możliwości opłacenia świadczeń oferowanych przez Mayo Clinic lub podmiot powiązany i zezwalam Mayo Clinic oraz wszystkim powiązanym klinikom, szpitalom i podmiotom na udostępnianie tych informacji w celu rozpatrzenia mojego wniosku o dofinansowanie. Niniejszym zezwalam Mayo Clinic, wszystkim podmiotom powiązanym z Mayo Clinic oraz przedstawicielom lub pełnomocnikom Mayo Clinic na zweryfikowanie informacji zawartych w niniejszym wniosku.

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.

Podpis pacjenta albo osoby odpowiedzialnej Patient or Responsible Party Signature	Data (mm-dd-rrrr) Date (mm-dd-yyyy)
Imię/imiona i nazwisko osoby odpowiedzialnej, drukowanymi literami Responsible Party Printed Name (First Middle Last)	