



Solicitud de asistencia económica

Financial Assistance Application (Spanish)

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	

Lugar de funcionamiento del servicio

Service Location

Instrucciones: cumplimente la solicitud y adjunte copias de lo siguiente:

Instructions: Complete application and attach copies of:

- Declaración del impuesto a la renta del año actual o el anterior, o el formulario W-2 si dicha declaración no está disponible
Tax return from current or prior year (or W-2 if tax not available)
- Declaraciones de desempleo (si corresponde)
Unemployment statements (if applicable)
- Talones de ingresos del mes más reciente
Pay stubs (most recent month)
- Seguro social, pensión, prestaciones de jubilación (si corresponde)
Social security, pension, retirement benefits (if applicable)
- Extractos bancarios del mes más reciente, para todas las cuentas
Bank statements (most recent month for all accounts)

Si las copias de lo anterior no están disponibles, proporcione una página por separado en la que describe su situación económica actual.

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

Los pacientes a los que únicamente se les atiende en Oakridge en Mondovi, Wisconsin o Albert Lea, Clínica de Salud del Comportamiento de Minnesota, solo deben cumplimentar la solicitud y adjuntar copias de **uno** de los siguientes documentos:

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:

- Formulario W-2 del año anterior, o el formulario 4506-T si el formulario W-2 no se presentó.
Prior year W-2 (or Form 4506-T if W-2 not filed)
- Sus dos talones de ingresos más recientes
Two most recent pay stubs
- Comprobante de ingresos de su empleador
Income verification from employer

Paciente o parte responsable de la cumplimentación de esta solicitud

Patient or Responsible Party Completing This Application

Nombre del paciente (Nombre Apellido) Patient Name (First Middle Last)		Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa) Birth Date (mm-dd-yyyy)	
Dirección postal Address	Ciudad City	Estado State	Código postal ZIP Code
Parte responsable de la cumplimentación de esta solicitud (si no es el paciente) (Nombre Apellido) Responsible Party Completing the Application (if not the Patient) (First Middle Last)		Relación con el paciente (si no es el paciente) Relationship to the Patient (if not the Patient)	
Ingresos anuales de la unidad familiar (tal como se declaró en la declaración de impuestos a la renta) Household Annual Income (as reported on income tax filing)		Tamaño de la unidad familiar (paciente, cónyuge y dependientes, tal como se declaró en la declaración de impuestos a la renta) Household Size (patient, spouse, and dependents as reported on income tax filing)	
Teléfono Phone	Nombre y número de póliza del seguro médico Medical Insurance Name and Policy Number		

Solicitud de asistencia económica (continuación)

Financial Assistance Application (Spanish) (continued)

(complete fields or place patient label here)

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

Estado laboral Employment Status ☐ Empleo a tiempo completo Full time ☐ Autónomo Self employed ☐ Estudiante Student ☐ Empleo a tiempo parcial Part time ☐ Desempleado Unemployed ☐ Jubilado Retired		Nombre del empleador Employer Name
Duración del empleo Employment Length	Fecha/duración del desempleo (mm-dd-aaaa) Unemployed Date/Length (mm-dd-yyyy)	Se lo menciona como dependiente en otra declaración del impuesto a la renta? Are you claimed on another tax return? ☐ Sí Yes ☐ No (Si la respuesta es “sí”, proporcione la declaración del impuesto a la renta). No (If “Yes,” provide tax return.)

Dependientes (Si tiene más de seis dependientes, use una página por separado)

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

Nombre completo (Nombre Apellido) Full Name (First Middle Last)	Relación Relationship	Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa) Birth Date (mm-dd-yyyy)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Los pacientes a los que solo se les atiende en Oakridge en Mondovi, Wisconsin o Albert Lea, Clínica de Salud del Comportamiento de Minnesota, no necesitan cumplimentar la siguiente sección de cónyuge:

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

Cónyuge (Esto se usa para identificar todas las cuentas del paciente elegibles para recibir asistencia económica)

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

Estado civil Marital Status		
Nombre (Nombre Apellido) Name (First Middle Last)	Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa) Birth Date (mm-dd-yyyy)	
Estado laboral Employment Status ☐ Empleo a tiempo completo Full time ☐ Autónomo Self employed ☐ Estudiante Student ☐ Empleo a tiempo parcial Part time ☐ Desempleado Unemployed ☐ Jubilado Retired		Nombre del empleador Employer Name

Solicitud de asistencia económica (continuación)

Financial Assistance Application (Spanish) (continued)

(complete fields or place patient label here)

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

Duración del empleo Employment Length	Fecha/duración del desempleo (mm-dd-aaaa) Unemployed Date/Length (mm-dd-yyyy)
--	--

Firmas de certificación

Certification Signatures

Certifico que, a mi leal saber y entender, toda la información anterior es verídica y correcta. Entiendo que esta información se usará para determinar mi capacidad para pagar por los servicios prestados por Mayo Clinic o una entidad afiliada, y autorizo a Mayo Clinic y a todas las clínicas, hospitales y entidades afiliados para compartir la información según proceda a fin de considerar mi solicitud de asistencia económica. Por el presente autorizo a Mayo Clinic y todos los afiliados y representantes o agentes de Mayo Clinic a investigar la información proporcionada en este documento.

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.

Firma del paciente o la parte responsable de la cumplimentación de esta solicitud Patient or Responsible Party Signature	Fecha (mm-dd-aaaa) Date (mm-dd-yyyy)
Parte responsable Nombre en letra de imprenta (Nombre Apellido) Responsible Party Printed Name (First Middle Last)	