



Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính

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	

Tên Của Người Nộp Đơn (Tên, Tên Đệm, Họ)	Địa Điểm Cung Cấp Dịch Vụ
--	---------------------------

Hướng Dẫn: Điền đơn xin và đính kèm bản sao của:

- Tờ khai thuế và lịch trình hỗ trợ (2 năm trước)
- Phiếu lương* (3 tháng gần đây nhất)
- Phúc lợi An Sinh Xã Hội* (nếu có)
- Sao kê ngân hàng* (3 tháng gần đây nhất, đối với tất cả các tài khoản)
- Mô tả về nhu cầu hỗ trợ tài chính của bạn trên một trang riêng*
- Biểu Mẫu W-2 hoặc Báo Cáo Thất Nghiệp*

Tôi đã đăng ký hoặc sẽ đăng ký nhận hỗ trợ y tế của liên bang hoặc tiểu bang hoặc đã xác minh tính đủ điều kiện tham gia chương trình trao đổi chăm sóc sức khỏe.* <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Lý Do _____	
Tôi có một vụ kiện, dàn xếp, thương tích cá nhân hoặc yêu cầu bồi thường trách nhiệm pháp lý đang chờ giải quyết. <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Lý Do _____	
Tôi có bảo hiểm thông qua chủ lao động của tôi hoặc chủ lao động của vợ/chồng tôi. <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Lý Do _____	
Thu Nhập Hằng Năm Của Hộ Gia Đình (như được báo cáo khi nộp thuế thu nhập)	Quy Mô Hộ Gia Đình (bệnh nhân, vợ/chồng và những người phụ thuộc như được báo cáo khi nộp thuế thu nhập)

Bệnh Nhân hoặc Bên Chịu Trách Nhiệm

Tên (Tên, Tên Đệm, Họ)		Ngày Sinh (tháng-ngày-năm)	
Địa Chỉ	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã ZIP
Điện Thoại	Tình Trạng Hôn Nhân*		
Tình Trạng Việc Làm <input type="checkbox"/> Toàn thời gian <input type="checkbox"/> Bán thời gian <input type="checkbox"/> Tự làm chủ <input type="checkbox"/> Thất nghiệp <input type="checkbox"/> Sinh viên	Tên Chủ Lao Động		
Thời Gian Làm Việc	Ngày/Thời Gian Thất Nghiệp (tháng-ngày-năm)	Bạn đã yêu cầu trên tờ khai thuế khác? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không (Nếu "Có", hãy cung cấp tờ khai thuế.)	

Vợ/Chồng hoặc Bạn Đỡ (Để xác định tất cả các tài khoản của bệnh nhân đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính)

Tên (Tên, Tên Đệm, Họ)		Ngày Sinh (tháng-ngày-năm)	
Tình Trạng Việc Làm <input type="checkbox"/> Toàn thời gian <input type="checkbox"/> Bán thời gian <input type="checkbox"/> Tự làm chủ <input type="checkbox"/> Thất nghiệp <input type="checkbox"/> Sinh viên	Tên Chủ Lao Động		
Thời Gian Làm Việc	Ngày/Thời Gian Thất Nghiệp (tháng-ngày-năm)		

*Không áp dụng cho các địa điểm NHSC bao gồm Barron, Cameron, Rice Lake, Mondovi, Osseo, Menomonie, WI hoặc Albert Lea MN Behavioral Health (bao gồm cả Fountain Centers).

Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính (tiếp theo)

(complete fields or place patient label here)

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

Người phụ thuộc (Nếu có nhiều hơn 4 người phụ thuộc, hãy sử dụng trang riêng)

Tên Đầy Đủ	Mối Quan Hệ	Ngày Sinh (tháng-ngày-năm)
1.		
2.		
3.		
4.		

Thu Nhập Khác

Mô Tả	Khoản Thu Nhập Hằng Tháng

Khoản Nợ Về Y Tế

Loại	Khoản Nợ Với Ai	Số Dư Chưa Thanh Toán	Khoản Thanh Toán Hằng Tháng
Bác Sĩ Y Khoa			
Bệnh Viện Y Khoa			
Khác			

Chữ Ký Xác Nhận

Tôi xác nhận rằng tất cả thông tin được liệt kê là đúng và chính xác theo sự hiểu biết của tôi. Tôi hiểu rằng thông tin này sẽ được sử dụng để xác định khả năng thanh toán của tôi cho các dịch vụ do Mayo Clinic hoặc một tổ chức liên kết cung cấp và tôi cho phép Mayo Clinic và tất cả các phòng khám, bệnh viện và tổ chức liên kết chia sẻ thông tin khi cần thiết để xem xét yêu cầu hỗ trợ tài chính của tôi. Theo đây, tôi cấp quyền cho Mayo Clinic, tất cả các chi nhánh và đại diện hoặc đại lý của Mayo Clinic điều tra thông tin trong tài liệu này.

Chữ Ký Của Bệnh Nhân hoặc Bên Chịu Trách Nhiệm ▶	Ngày Hôm Nay (tháng-ngày-năm)
Tên In Hoa Của Bên Chịu Trách Nhiệm (Tên, Tên Đệm, Họ)	
Chữ Ký Của Vợ/Chồng hoặc Bạn Đời ▶	Ngày Hôm Nay (tháng-ngày-năm)
Tên In Hoa Của Vợ/Chồng hoặc Bạn Đời (Tên, Tên Đệm, Họ)	