



Prijava za finansijsku pomoć

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	

Ime podnosioca prijave (ime, srednje ime, prezime)	Lokacija usluge
--	-----------------

Uputstva: popunite prijavu i priložite kopije sljedećeg:

- Povrati poreza i detaljni podaci o stanju računa (za prethodne 2 godine)
- Pogodnosti socijalnog osiguranja* (ako je primjenljivo)
- Na posebnoj stranici opišite svoju potrebu za finansijskom pomoći*
- Ispladne liste* (za zadnja 3 mjeseca)
- Bankovni izvodi (za zadnja 3 mjeseca i za sve račune)
- W-2 formular ili izjave o statusu nezaposlenosti*

Prijavio/la sam se ili ću se prijaviti za federalnu ili državnu zdravstvenu pomoć ili sam provjerio/la da li ispunjavam uslove za plan na tržištu zdravstvene zaštite.* <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Razlog _____	
Imam u toku parnicu, nagodbu, neriješeni zahtjev za odštetu zbog osobne povrede ili neriješeni zahtjev za odštetu na temelju odgovornosti. <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Razlog _____	
Dostupno mi je osiguranje putem poslodavca ili poslodavca mogeg supružnika. <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Razlog _____	
Godišnji prihod domaćinstva (u skladu s prijavom poreza na dobit)	Veličina domaćinstva (pacijent, supružnik i uzdržavane osobe u skladu s prijavom poreza na dobit)

Pacijent ili odgovorna strana

Ime (ime, srednje ime, prezime)		Datum rođenja (dd. mm. gggg.)	
Adresa	Grad	Država	Pošanski broj
Broj telefona	Bračni status*		
Status zaposlenja <input type="checkbox"/> Na puno radno vrijeme <input type="checkbox"/> Na pola radnog vremena <input type="checkbox"/> Samozaposlena osoba <input type="checkbox"/> Nezaposlena osoba <input type="checkbox"/> Student	Ime poslodavca		
Trajanje zaposlenja	Datum prestanka radnog odnosa / trajanje nezaposlenosti (dd. mm. gggg.)	Da li ste navedeni na nekoj drugoj poreznoj prijavi? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne (Ako je odgovor „Da”, priložite porezne prijave.)	

Supružnik ili partner (podaci se upotrebljavaju za utvrđivanje svih računa pacijenta koji ispunjavaju uslove za finansijsku pomoć)

Ime (ime, srednje ime, prezime)		Datum rođenja (dd. mm. gggg.)	
Status zaposlenja <input type="checkbox"/> Na puno radno vrijeme <input type="checkbox"/> Na pola radnog vremena <input type="checkbox"/> Samozaposlena osoba <input type="checkbox"/> Nezaposlena osoba <input type="checkbox"/> Student	Ime poslodavca		
Trajanje zaposlenja	Datum prestanka radnog odnosa / trajanje nezaposlenosti (dd. mm. gggg.)		

*Ne primjenjuje se za lokacije NHSC-a, uključujući Barron, Cameron, Rice Lake, Mondovi, Osseo, Menomonie, WI, Albert Lea MN Behavioral Health (kliniku za bihevioralne zdravstvene usluge Albert Lea u Minnesoti) te ustanove Fountain Centers.

Prijava za finansijsku pomoć (nastavak)

(complete fields or place patient label here)

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

Udržavane osobe (ako je održavanih osoba više od četiri, koristite posebnu stranicu)

Ime i prezime	Odnos	Datum rođenja (dd. mm. gggg.)
1.		
2.		
3.		
4.		

Ostali prihodi

Opis	Mjesečni iznos prihoda

Dug za zdravstvene usluge

Vrsta	Kome je dug namijenjen	Nepodmireni iznos	Mjesečno plaćanje
Ljekar			
Bolnica			
Ostalo			

Potpisi za potvrdu

Potvrđujem da su sve navedene informacije istinite i tačne prema mojim najboljim saznanjima. Razumijem da će se ove informacije upotrijebiti u svrhu utvrđivanja moje sposobnosti plaćanja usluga koje pruža Mayo Clinic ili povezani subjekt i dajem svoje dopuštenje klinici Mayo Clinic i svim povezanim klinikama, bolnicama i subjektima za dijeljenje informacija potrebnih za razmatranje mog zahtjeva za finansijskom pomoći. Ovim dajem svoje dopuštenje klinici Mayo Clinic i svim povezanim subjektima i predstavnicima ili agentima klinike Mayo Clinic za istragu ovdje sadržanih informacija.

Potpis pacijenta ili odgovorne osobe ▶	Današnji datum (dd. mm. gggg.)
Ime odgovorne strane tiskanim slovima (ime, srednje ime, prezime)	
Potpis supružnika ili partnera ▶	Današnji datum (dd. mm. gggg.)
Ime supružnika ili partnera tiskanim slovima (ime, srednje ime, prezime)	