



Antrag auf finanzielle Unterstützung

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	

Name des Antragstellers (Vor-, Zweit- und Nachname)	Dienstleistungsstandort
---	-------------------------

Anweisungen: Antrag ausfüllen und folgende Kopien beifügen:

- Steuererklärungen und unterstützende Zeitpläne (vergangene 2 Jahre)
- Lohnabrechnungen* (letzte 3 Monate)
- Sozialversicherungsleistungen* (falls zutreffend)
- Kontoauszüge* (letzte 3 Monate für alle Konten)
- Beschreiben Sie auf einer separaten Seite Ihren Bedarf an finanzieller Unterstützung*
- W-2 oder Arbeitslosigkeitsbescheinigungen*

Ich habe bundesstaatliche oder staatliche medizinische Hilfe beantragt oder werde sie beantragen oder ich habe meine Berechtigung für den Healthcare Exchange Plan überprüft.* <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Grund _____	
Ich haben einen anhängigen Rechtsstreit, Ausgleichsanspruch, Anspruch aufgrund von Körperverletzung oder Haftungsanspruch. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Grund _____	
Ich habe Versicherungsschutz über meinen Arbeitgeber oder den Arbeitgeber meiner Ehepartnerin/meines Ehepartners. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Grund _____	
Haushalts-Jahreseinkommen (gemäß Einkommenssteuererklärung)	Haushaltsgröße (Patientin/Patient, Ehepartnerin/Ehepartner und Angehörige gemäß Einkommenssteuererklärung)

Patientin/Patient oder verantwortliche Partei

Name (Vor-, Zweit- und Nachname)		Geburtsdatum (MM-TT-JJJJ)	
Adresse	Stadt	Staat	PLZ
Telefon	Familienstand*		
Beschäftigungsstatus <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Arbeitslos <input type="checkbox"/> Studierende/r		Name des Arbeitgebers	
Beschäftigungsdauer	Datum/Dauer der Arbeitslosigkeit (MM-TT-JJJJ)	Sind Sie auf einer anderen Steuererklärung als Angehöriger angegeben? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Falls „Ja“, Steuererklärungen beilegen.)	

Ehepartnerin/Ehepartner oder Lebensgefährtin/Lebensgefährte (verwendet, um alle Patientenkonten zu identifizieren, die für finanzielle Unterstützung infrage kommen)

Name (Vor-, Zweit- und Nachname)		Geburtsdatum (MM-TT-JJJJ)	
Beschäftigungsstatus <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Arbeitslos <input type="checkbox"/> Studierende/r		Name des Arbeitgebers	
Beschäftigungsdauer	Datum/Dauer der Arbeitslosigkeit (MM-TT-JJJJ)		

*Gilt nicht für NHSC-Standorte, einschließlich Barron, Cameron, Rice Lake, Mondovi, Osseo, Menomonie, WI oder Albert Lea MN Behavioral Health (einschließlich Fountain Centers).

Antrag auf finanzielle Unterstützung (Fortsetzung)

(complete fields or place patient label here)

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

Angehörige (bei mehr als 4 Angehörigen separate Seite verwenden)

Vollständiger Name	Verwandtschaftsverhältnis	Geburtsdatum (MM-TT-JJJJ)
1.		
2.		
3.		
4.		

Anderes Einkommen

Beschreibung	Monatliches Einkommen

Ärztliches Inkasso

Art	An wen	Unbezahlte Restschulden	Monatliche Zahlung
Arzt			
Krankenhaus			
Andere			

Zertifizierungsunterschriften

Ich bestätige, dass alle angeführten Informationen nach meinem besten Wissen und Gewissen wahr und korrekt sind. Mir ist bekannt, dass die Informationen verwendet werden, um meine Fähigkeit sicherzustellen, für die von Mayo Clinic oder einer verbundenen Stelle erbrachten Dienstleistungen zu bezahlen, und ich erteile Mayo Clinic und allen verbundenen Kliniken, Krankenhäusern und Stellen meine Erlaubnis, die Informationen wie erforderlich weiterzugeben, um meinen Antrag auf finanzielle Unterstützung zu prüfen. Ich erteile Mayo Clinic, allen verbundenen Stellen der von Mayo Clinic und ihren Bevollmächtigten oder Vertretern hiermit meine Erlaubnis, die in diesem Dokument enthaltenen Informationen zu überprüfen.

Unterschrift der Patientin / des Patienten oder der verantwortlichen Partei ▶	Heutiges Datum (TT-MM-JJJJ)
Name der verantwortlichen Partei in Druckschrift (Vor-, Zweit- und Nachname)	
Unterschrift der Ehepartnerin/des Ehepartners/der Lebensgefährtin/des Lebensgefährten ▶	Heutiges Datum (TT-MM-JJJJ)
Name der Ehepartnerin/des Ehepartners oder der Lebensgefährtin/des Lebensgefährten in Druckschrift (Vor-, Zweit- und Nachname)	