



医疗补助申请

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	

申请人姓名 (名字、中间名、姓氏)	服务所在地
-------------------	-------

说明: 请完整填写申请表并附上以下材料的副本:

- 纳税申报表及有关附表 (过去 2 年)
- 工资单* (最近 3 个月)
- 社会保障补助金* (如适用)
- 银行对账单* (所有账户, 最近 3 个月)
- 在另一页描述您对医疗补助的需求*
- W-2 表格或失业声明*

我已申请或即将申请联邦或州医疗补助, 或已核实我加入健保交易市场计划的资格*。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 原因 _____	
我有诉讼、和解、人身伤害或正在审理中的责任索赔。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 原因 _____	
我可以通过我的雇主或我配偶的雇主获得保险。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 原因 _____	
家庭年收入 (以所得税申报报告中的金额为准)	家庭人数 (患者、配偶及所得税申报中的受抚养人)

患者或责任方

姓名 (名字、中间名、姓氏)		出生日期 (月-日-年)	
住址	城市	州	邮政编码
电话	婚姻状况*		
就业状况 <input type="checkbox"/> 全职 <input type="checkbox"/> 兼职 <input type="checkbox"/> 自由职业者 <input type="checkbox"/> 失业 <input type="checkbox"/> 学生		雇主名称	
工龄	失业日期/时间 (月-日-年)	您是否在另一份纳税申报单申报过? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (如果“是”, 请提供纳税申报单。)	

配偶或伴侣 (用于识别所有符合医疗补助条件的患者账户)

姓名 (名字、中间名、姓氏)		出生日期 (月-日-年)	
就业状况 <input type="checkbox"/> 全职 <input type="checkbox"/> 兼职 <input type="checkbox"/> 自由职业者 <input type="checkbox"/> 失业 <input type="checkbox"/> 学生		雇主名称	
工龄	失业日期/时间 (月-日-年)		

*不适用于 NHSC 地点, 包括 Barron、Cameron、Rice Lake、Mondovi、Osseo、Menomonie、WI 或 Albert Lea MN Behavioral Health (包括 Fountain Centers)。

医疗补助申请 (接上页)

(complete fields or place patient label here)

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

受抚养人(如果超过 4 名受抚养人, 请另页填写)

全名	关系	出生日期 (月-日-年)
1.		
2.		
3.		
4.		

其他收入

说明	每月收入金额

医疗欠款

类型	欠款对象	未支付余额	每月支付金额
医生			
医院			
其他			

认证签名

本人谨此证明, 在本人所知范围内所列的所有信息均属真实无误。本人明白, 这些信息将用于确定我是否有能力支付妙佑医疗国际或附属实体所提供的服务, 本人允许妙佑医疗国际及所有附属诊所、医院和实体在必要时共享这些信息, 以考虑我的医疗补助请求。我在此允许妙佑医疗国际、所有妙佑医疗国际的附属机构和代表或代理人调查上述所有信息。

患者或责任方签名 ▶	今天日期 (月-日-年)
责任方正楷姓名 (名字、中间名、姓氏)	
配偶或伴侣签名 ▶	今天日期 (月-日-年)
配偶或伴侣正楷姓名 (名字、中间名、姓氏)	