



درخواست کمک مالی

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	

نام متقاضی (نام، نام میانی، نام خانوادگی)	موقعیت سرویس
---	--------------

دستورالعمل‌ها: فرم درخواست را تکمیل کنید و کپی اسناد زیر را پیوست نمایید:

- اظهارنامه‌های مالیاتی و جداول زمانی مربوطه (2 سال گذشته)
- فیش‌های حقوقی* (3 ماهه اخیر)
- مزایای تأمین اجتماعی* (در صورت دریافت)
- صورت‌حساب‌های بانکی* (3 ماهه اخیر برای همه حساب‌ها)
- در یک برگه مجزا، نیاز خود به کمک مالی را تشریح کنید*
- W-2 یا اظهارنامه‌های بیکاری*

من برای کمک پزشکی فدرال یا ایالتی درخواست داده یا خواهم داد یا واجد شرایط بودن خود برای طرح تعویض خدمات بهداشتی درمانی را تأیید نموده‌ام.*	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> دلیل
من دعوی حقوقی، مصالحه، ادعای جراحت شخصی یا مسئولیت در حال رسیدگی دارم.	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> دلیل
من از طریق کارفرمای خود یا همسرم تحت پوشش بیمه هستم.	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> دلیل
درآمد سالانه خانوار (طبق آنچه در سوابق مالیات بر درآمد گزارش شده است)	تعداد اعضای خانوار (بیمار، همسر و بستگان طبق آنچه در سوابق مالیات بر درآمد گزارش شده است)

بیمار یا طرف مسئول

نام (نام، نام میانی، نام خانوادگی)	تاریخ تولد (سال-روز-ماه)
آدرس	شهر
تلفن	وضعیت تأهل*
وضعیت اشتغال	نام کارفرما
<input type="checkbox"/> تمام وقت <input type="checkbox"/> پاره وقت <input type="checkbox"/> خوداشتغالی <input type="checkbox"/> بیکار <input type="checkbox"/> دانش‌آموز/دانشجو	تاریخ/مدت زمان بیکاری (سال-روز-ماه)
مدت زمان اشتغال	آیا در خصوص اظهارنامه مالیاتی دیگری طرح دعوی نمودید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر (اگر پاسخ «مثبت» است، اظهارنامه‌های مالیاتی را ارائه دهید).

همسر یا شریک زندگی (برای شناسایی همه حساب‌های بیمار واجد شرایط برای کمک مالی استفاده می‌شود)

نام (نام، نام میانی، نام خانوادگی)	تاریخ تولد (سال-روز-ماه)
وضعیت اشتغال	نام کارفرما
<input type="checkbox"/> تمام وقت <input type="checkbox"/> پاره وقت <input type="checkbox"/> خوداشتغالی <input type="checkbox"/> بیکار <input type="checkbox"/> دانش‌آموز/دانشجو	تاریخ/مدت زمان بیکاری (سال-روز-ماه)

*به مراکز NHSC شامل موارد زیر اطلاق نمی‌شود: Barron، Cameron، Rice Lake، Mondovi، Osseo، Menomonie، WI یا Albert Lea MN Behavioral Health (شامل Fountain Centers).

درخواست کمک مالی (ادامه)

(complete fields or place patient label here)

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

بستگان (اگر بیش از 4 نفر هستند از صفحه مجزایی استفاده کنید)

نام کامل	نسبت	تاریخ تولد (سال-روز-ماه)
1.		
2.		
3.		
4.		

سایر درآمدها

توضیحات	میزان درآمد ماهانه

بدهی ماهانه

نوع	بدهی به	مانده پرداخت نشده	پرداخت ماهانه
پزشک			
بیمارستان پزشکی			
سایر موارد			

امضاءهای تأییدیه

من تأیید می‌کنم تا جایی که اطلاع دارم اطلاعات ارائه شده صحیح و درست می‌باشند. من متوجه هستم این اطلاعات برای حصول اطمینان از استطاعت من برای پرداخت هزینه خدمات ارائه شده توسط Mayo Clinic یا نهادهای طرف همکاری با آن استفاده می‌شوند و به Mayo Clinic و همه کلینیک‌ها، بیمارستان‌ها و مؤسسات طرف همکاری با آن اجازه می‌دهم در صورت نیاز برای بررسی درخواست کمک مالی من، این اطلاعات را به اشتراک بگذارند. بدین وسیله به Mayo Clinic، همه طرف‌های همکاری Mayo Clinic و نمایندگان یا عوامل مربوطه اجازه می‌دهم در خصوص اطلاعات ارائه شده در اینجا تحقیقات به عمل بیاورند.

امضاء بیمار یا طرف مسئول	تاریخ امروز (سال-روز-ماه)
نام طرف مسئول با حروف بزرگ (نام، نام میانی، نام خانوادگی)	
امضاء همسر یا شریک زندگی	تاریخ امروز (سال-روز-ماه)
نام همسر یا شریک زندگی با حروف بزرگ (نام، نام میانی، نام خانوادگی)	