



Richiesta di assistenza finanziaria

(complete fields or place patient label here)

Form content not retained in medical record.
For local storage only.

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

Nome del richiedente (nome, secondo nome, cognome)	Ubicazione del servizio
--	-------------------------

Istruzioni: Compilare la domanda e allegare una copia di:

- Dichiarazioni dei redditi e prospetti (degli ultimi 2 anni)
- Buste paga* (degli ultimi 3 mesi)
- Prestazioni previdenziali* (se pertinente)
- Estratti conto bancari* (degli ultimi 3 mesi di tutti i conti correnti)
- In una pagina separata specificare la richiesta di assistenza finanziaria*
- Rendiconto W-2 o certificato di disoccupazione*

Ho fatto o intendo fare domanda di un piano statale di assistenza sanitaria o ho verificato di averne diritto.* <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Motivo _____	
Sono attualmente coinvolto in una causa legale, una richiesta di indennizzo, una richiesta di risarcimento per lesioni personali o una richiesta di risarcimento per danni di responsabilità civile. <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Motivo _____	
Sono coperto da assicurazione tramite il mio datore di lavoro o il datore di lavoro del mio coniuge. <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Motivo _____	
Reddito familiare annuo (riportato nella dichiarazione dell'imposta sul reddito)	Nucleo familiare (paziente, coniuge e familiari a carico, riportato nella dichiarazione dell'imposta sul reddito)

Paziente o parte responsabile

Nome (nome, secondo nome, cognome)		Data di nascita (gg-mm-aaaa)	
Indirizzo	Città	Stato	CAP
Telefono	Stato civile*		
Condizione occupazionale <input type="checkbox"/> A tempo pieno <input type="checkbox"/> A tempo parziale <input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/> Studente			Nome del datore di lavoro
Durata dell'impiego	Disoccupato dal (gg-mm-aaaa)	Risulta a carico in un'altra dichiarazione dei redditi? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No (Se la risposta è "Sì", fornire la dichiarazione.)	

Coniuge o partner (utilizzato per identificare tutti gli account paziente idonei a ricevere assistenza finanziaria)

Nome (nome, secondo nome, cognome)		Data di nascita (gg-mm-aaaa)	
Condizione occupazionale <input type="checkbox"/> A tempo pieno <input type="checkbox"/> A tempo parziale <input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/> Studente			Nome del datore di lavoro
Durata dell'impiego	Disoccupato dal (gg-mm-aaaa)		

*Sono escluse le sedi della NHSC Barron, Cameron, Rice Lake, Mondovi, Osseo, Menomonie, WI e Albert Lea MN Behavioral Health (inclusa Fountain Centers).

Richiesta di assistenza finanziaria (continua)

(complete fields or place patient label here)

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

Familiari a carico (se i familiari a carico sono più di 4, utilizzare una pagina separata)

Nome completo	Relazione	Data di nascita (gg-mm-aaaa)
1.		
2.		
3.		
4.		

Altri redditi

Descrizione	Importo reddito mensile

Debiti per spese mediche

Tipo	Creditore	Saldo non corrisposto	Pagamento mensile
Medico			
Ospedale			
Altro			

Firme di certificazione

Dichiaro che tutte le informazioni fornite sono veritiere e accurate al meglio delle mie conoscenze. Sono consapevole che queste informazioni verranno utilizzate per accertare la mia capacità di pagamento per i servizi forniti da Mayo Clinic o una sua affiliata e autorizzo Mayo Clinic e tutte le cliniche, gli ospedali e le entità affiliate a condividere tali informazioni se necessario per considerare la mia richiesta di assistenza finanziaria. Con la presente autorizzo Mayo Clinic, tutte le affiliate e i rappresentanti o gli agenti di Mayo Clinic a verificare le informazioni contenute in questo documento.

Firma del paziente o della parte responsabile ▶	Addi (gg-mm-aaaa)
Nome in stampatello della parte responsabile (nome, secondo nome, cognome)	
Firma del coniuge o del partner ▶	Addi (gg-mm-aaaa)
Nome in stampatello del coniuge o del partner (nome, secondo nome, cognome)	