



재정 지원 신청서

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	

신청인 성명(이름, 중간 이름, 성)	서비스 위치
----------------------	--------

지침: 신청서를 작성하고 다음 사본을 첨부하십시오.

- 세금 신고 및 증빙 부속서류(이전 2년)
- 사회 보장 연금*(해당되는 경우)
- 재정 지원이 필요함을 설명한 별도의 페이지*
- 급여 명세서*(가장 최근 3개월)
- 은행 입출금 내역*(모든 계좌의 최근 3개월 내역)
- W-2 또는 실업 진술서*

본인은 연방 또는 주 의료 지원을 신청했거나 신청할 예정이거나 보건의료 교류 플랜 자격을 확인했습니다.* <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 사유 _____	
계류 중인 소송, 합의, 개인 상해 또는 배상책임 청구가 있습니다. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 사유 _____	
본인은 고용주나 배우자의 고용주를 통해 보험을 이용할 수 있습니다. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 사유 _____	
연간 가구 소득(소득세 신고 시 신고한 대로)	가구 규모(소득세 신고에 신고한 환자, 배우자 및 부양가족)

환자 또는 책임 당사자

성명(이름, 중간 이름, 성)		생년월일(mm-dd-yyyy)	
주소	시	주	우편 번호
전화 번호	혼인 여부*		
고용 상태 <input type="checkbox"/> 풀타임 <input type="checkbox"/> 파트타임 <input type="checkbox"/> 자영업 <input type="checkbox"/> 무직 <input type="checkbox"/> 학생		고용주 이름	
고용 기간	실직 날짜/기간(mm-dd-yyyy)	다른 세금 신고에 청구되었습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 (*“예”인 경우 세금 신고서를 제출하십시오.)	

배우자 또는 파트너(재정 지원을 받을 수 있는 모든 환자 계정을 식별하는 데 사용됨)

성명(이름, 중간 이름, 성)		생년월일(mm-dd-yyyy)	
고용 상태 <input type="checkbox"/> 풀타임 <input type="checkbox"/> 파트타임 <input type="checkbox"/> 자영업 <input type="checkbox"/> 무직 <input type="checkbox"/> 학생		고용주 이름	
고용 기간	실직 날짜/기간(mm-dd-yyyy)		

*Barron, Cameron, Rice Lake, Mondovi, Osseo, Menomonie, WI 또는 Albert Lea MN Behavioral Health(Fountain Centers 포함)를 포함한 NHSC 사업장에는 적용되지 않습니다.

재정 지원 신청서(계속)

(complete fields or place patient label here)

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

부양가족(부양가족이 4인 이상인 경우 별도 페이지 사용)

성명	관계	생년월일(mm-dd-yyyy)
1.		
2.		
3.		
4.		

기타 소득

설명	월 소득 금액

의료 부채

유형	수신자	미납 잔액	월별 납부
의사			
병원			
기타			

인증 서명

본인은 나열된 모든 정보가 본인이 아는 한 사실이며 정확함을 증명합니다. 본인은 이 정보가 Mayo Clinic 또는 계열사가 제공하는 서비스에 대한 본인의 지불 능력을 확인하는 데 사용된다는 점을 이해하고 Mayo Clinic 및 모든 계열 클리닉, 병원 및 기관이 본인의 재정 지원 요청을 고려하는 데 필요한 정보를 공유할 수 있도록 허용합니다. 본인은 Mayo Clinic, 모든 Mayo Clinic 계열사 및 대리인에게 본 문서에 포함된 정보를 조사할 수 있는 권한을 부여합니다.

환자 또는 책임 당사자 서명 ▶	오늘 날짜(mm-dd-yyyy)
책임 당사자 정자체 성명(이름, 중간 이름, 성)	
배우자 또는 파트너 서명 ▶	오늘 날짜(mm-dd-yyyy)
배우자 또는 파트너 정자체 성명(이름, 중간 이름, 성)	