



# Solicitação de Assistência Financeira

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	

Nome do solicitante (primeiro nome, nome do meio, sobrenome)	Local do serviço
--	------------------

**Instruções:** Preencha o formulário e anexe cópias de:

- Declarações fiscais e cronogramas de apoio (2 anos anteriores)
- Recibos de pagamento\* (3 meses mais recentes)
- Benefícios da Previdência Social\* (se aplicável)
- Extratos bancários\* (3 meses mais recentes para todas as contas)
- Em uma página separada, descreva sua necessidade de assistência financeira\*
- W-2 ou Declarações de Desemprego\*

Eu solicitei ou solicitarei assistência médica federal ou estadual, ou verifiquei minha elegibilidade para intercâmbio de plano de cuidados de saúde.* <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Motivo _____	
Tenho uma ação judicial, acordo, reclamação de danos pessoais ou de responsabilidade pendente. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Motivo _____	
Tenho a disponibilidade de seguro através de meu empregador ou do empregador de meu cônjuge. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Motivo _____	
Renda anual domiciliar (como comunicado na declaração de imposto de renda)	Tamanho do agregado familiar (paciente, cônjuge e dependentes, como comunicado na declaração de imposto de renda)

## Paciente ou Parte Responsável

Nome (primeiro nome, nome do meio, sobrenome)		Data de nascimento (dd-mm-aaaa)	
Endereço	Cidade	Estado	Código Postal
Telefone	Estado civil*		
Situação profissional <input type="checkbox"/> Tempo integral <input type="checkbox"/> Tempo parcial <input type="checkbox"/> Trabalhador autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado(a) <input type="checkbox"/> Estudante		Nome do empregador	
Duração do emprego	Data/Duração do desemprego (dd-mm-aaaa)	Tem outra declaração de impostos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Se "Sim", forneça tais declarações.)	

## Cônjuge ou parceiro (usado para identificar todas as contas de pacientes elegíveis para assistência financeira)

Nome (primeiro nome, nome do meio, sobrenome)		Data de nascimento (dd-mm-aaaa)	
Situação profissional <input type="checkbox"/> Tempo integral <input type="checkbox"/> Tempo parcial <input type="checkbox"/> Trabalhador autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado(a) <input type="checkbox"/> Estudante		Nome do empregador	
Duração do emprego	Data/Duração do desemprego (dd-mm-aaaa)		

\*Não aplicável para locais da NHSC incluindo Barron, Cameron, Rice Lake, Mondovi, Osseo, Menomonie, WI, ou Albert Lea MN Behavioral Health (incluindo Fountain Centers).

# Solicitação de Assistência Financeira

(continuação)

(complete fields or place patient label here)

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

## Dependentes (se mais de 4 dependentes usarem página separada)

Nome completo	Relação	Data de nascimento (dd-mm-aaaa)
1.		
2.		
3.		
4.		

## Outros rendimentos

Descrição	Valor da renda mensal

## Dívidas médicas

Tipo	A quem	Saldo não pago	Pagamento mensal
Médico(a)			
Hospital médico			
Outro			

## Assinaturas de certificação

Certifico que todas as informações listadas são verdadeiras e corretas, segundo o meu melhor conhecimento. Entendo que as informações devem ser utilizadas para verificar minha capacidade de pagar pelos serviços prestados pela Mayo Clinic ou por uma entidade afiliada, e dou permissão à Mayo Clinic e a todas as clínicas, hospitais e entidades afiliadas para que compartilhem as informações conforme necessário para considerar meu pedido de assistência financeira. Eu autorizo a Mayo Clinic, todas as afiliadas da Mayo Clinic e representantes ou agentes a investigar as informações aqui apresentadas.

Assinatura do(a) paciente ou da Parte Responsável ▶	Data atual (dd-mm-aaaa)
Nome em letra de forma da Parte Responsável (primeiro nome, nome do meio, sobrenome)	
Assinatura do cônjuge ou parceiro ▶	Data atual (dd-mm-aaaa)
Nome em letra impressa do cônjuge ou parceiro (primeiro nome, nome do meio, sobrenome)	