



Prijava za finansijsku pomoć

Financial Assistance Application – Serbo-Croatian

Ovim obrascem se prikupljaju informacije koje nisu dio zdravstvene evidencije. **Samo za lokalnu evidenciju.**

Ime podnosioca zahtjeva (<i>ime, srednje, prezime</i>)	Lokacije usluga	Broj organizacije Mayo Clinic
--	-----------------	-------------------------------

Uputstva: Ispunite zahtjev i priložite primjerke:

- Poreske prijave i pratećih obaveza (za prethodne 2 godine)
- Davanja socijalnog osiguranja* (ako je primjenljivo)
- Na posebnoj stranici opišite vašu potrebu za finansijskom pomoći*
- Platnih kupona* (za posljednja 3 mjeseca)
- Izvoda iz banaka* (za posljednja 3 mjeseca za sve račune)
- W-2 ili izjava o nezaposlenosti*

*Nije primjenljivo za Barron, Cameron, Rice Lake, Mondovi, Osseo, Elmwood ili Menomonie, WI

Prijavljujem se za ili ću se prijaviti za federalnu ili državnu zdravstvenu pomoć ili mi je potvrđena podobnost za plan razmjene zdravstvene pomoći. <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Razlog _____
Imam aktivnu tužbu, nagodbu, ličnu povredu ili potraživanje zbog odgovornosti. <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Razlog _____
Imam dostupnost osiguranja preko mog poslodavca ili poslodavca mog supružnika. <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Razlog _____
I ranije sam se prijavljivao/la za finansijsku pomoć u drugoj ustanovi organizacije Mayo Clinic. <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nisam siguran/a Gdje _____ Kada _____

Pacijent / odgovorna strana

Ime (<i>ime, srednje, prezime</i>)	Broj socijalnog osiguranja	Datum rođenja (<i>Mjesec DD, GGGG</i>)	
Adresa	Grad	Država	Pošanski broj
Telefon	Veličina domaćinstva (Pacijent, supružnik i izdržavani članovi porodice)	Bračni status	
Status zaposlenosti <input type="checkbox"/> Puno <input type="checkbox"/> Djelimično <input type="checkbox"/> Samozaposlen(a) <input type="checkbox"/> Nezaposlen(a) <input type="checkbox"/> Student	Ime poslodavca		
Dužina zaposlenja	Datum/dužina zaposlenja (<i>Mjesec DD, GGGG</i>)	Da li su protiv vas podnešene druge poreske prijave? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne (Ako je tako, priložite poreske prijave onih koji su ih podnijeli)	

Supružnik / partner

Ime (<i>ime, srednje, prezime</i>)	Broj socijalnog osiguranja	Datum rođenja (<i>Mjesec DD, GGGG</i>)
Status zaposlenosti <input type="checkbox"/> Puno <input type="checkbox"/> Djelimično <input type="checkbox"/> Samozaposlen(a) <input type="checkbox"/> Nezaposlen(a) <input type="checkbox"/> Student	Ime poslodavca	
Dužina zaposlenja	Datum/dužina zaposlenja (<i>Mjesec DD, GGGG</i>)	

Izdržavani članovi porodice (ako ima više od 4 izdržavana člana porodice koristite posebnu stranicu)

Ime i prezime	Odnos	Datum rođenja (<i>Mjesec DD, GGGG</i>)
1.		
2.		
3.		
4.		

Ime podnosioca zahtjeva (ime, srednje, prezime)	Broj organizacije Mayo Clinic
---	-------------------------------

Bankovni račun(i) Ne vrijedi za Barron, Cameron, Rice Lake, Mondovi, Osseo, Elmwood or Menomonie, WI

Naziv banke	Vrsta računa	Naziv banke	Vrsta računa
	Tekući		Tekući
	Depozitni		Depozitni
	Druge investicije i vrijednosni papiri		Druge investicije i vrijednosni papiri

Nekretnina Ne vrijedi za Barron, Cameron, Rice Lake, Mondovi, Osseo, Elmwood or Menomonie, WI

Vrsta	Detalji	Procijenjena vrijednost	Neisplaćeni saldo
Drugo boravište/kuća za odmor			
Zemlja	Broj jutara		
Nekretnina za najam			
Posao/oprema za farmu			
Drugo/rekreacijski posjed			

Priložite dokumentaciju za sve od sljedećih izvora prihoda

Opis prihoda	Izvor	Iznos mjesečnog prihoda
Kamata/dividende		
Penzija/umirovljenje		
Najam/nekretnina		
Invaliditet		
Alimentacija/uzdržavanje djece		
Drugo		

Osiguranje

Vrsta	Polica kod	Mjesečna uplata
Zdravlje		

Zdravstveni dug

Vrsta	Kome	Neisplaćeni saldo	Mjesečna uplata
Zdravstveno Ljekar			
Zdravstveno Bolnica			
Drugo			

Sertifikat

Sertifikujem da su sve navedene informacije istinite i tačne prema mojem najboljem saznanju. Razumijem da će se informacije koristiti za potvrdu moje sposobnosti plaćanja usluga koje nudi Mayo Clinic ili pridruženi entitet te dajem svoju saglasnost organizaciji Mayo Clinic i svim pridruženim klinikama, bolnicama i entitetima da podijele informacije kako je potrebno u vezi s mojim zahtjevom za finansijsku pomoć. Ovim putem dajem dopuštenje organizaciji Mayo Clinic, svim podružnicama organizacije Mayo Clinic te predstavnicima ili agentima da istraže sve ovdje navedene informacije i da nabave kreditne izvještaje.

Potpis pacijenta/odgovornog lica	Datum (Mjesec DD, GGGG)
Potpis supružnika/partnera	Datum (Mjesec DD, GGGG)