



财务援助申请

Financial Assistance Application – Mandarin

这份表格收集的信息不会成为病历的一部分。仅限当地商店。

| | | |
|-------------------|------|-----------------|
| 申请人姓名 (名字、中间名、姓氏) | 服务地址 | Mayo Clinic病历号码 |
|-------------------|------|-----------------|

说明：完成申请并随附以下副本：

- 报税表以及从属附表（之前2年）
- 社会安全福利*（如适用）
- 在单独的一页纸上描述您的财务援助需求*
- 工资单*（最近3个月）
- 银行存款证明*（所有帐户最近3个月的存款证明）
- W-2或失业声明*

*不适用于威斯康星州的Barron、Cameron、Rice Lake、Mondovi、Osseo、Elmwood或Menomonie

| |
|--|
| 我已申请或即将申请联邦或州医疗援助，或者已验证我的医疗交换计划资格。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 理由 _____ |
| 我有未解决的诉讼、庭外和解、人身伤害或者债务求偿问题。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 理由 _____ |
| 我有通过我的雇主或我的配偶的雇主购买的保险。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 理由 _____ |
| 我之前曾在另一家Mayo Clinic机构申请过财务援助。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不确定 地点 _____ 时间 _____ |

患者/责任方

| | | | |
|---|-----------------|--|----|
| 姓名 (名字、中间名、姓氏) | 社会安全号码 | 出生日期 (月/日/年) | |
| 地址 | 城市 | 州 | 邮编 |
| 电话 | 家庭人数 (患者、配偶及亲属) | 婚姻状态 | |
| 就业状态 <input type="checkbox"/> 全职 <input type="checkbox"/> 兼职 <input type="checkbox"/> 自由职业 <input type="checkbox"/> 待业 <input type="checkbox"/> 学生 | 雇主姓名 | | |
| 工作年限 | 失业日期/时长 (月/日/年) | 您是否被要求提供另一项报税表？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (如果是，请提供被要求提供的报税表) | |

配偶/伴侣

| | | | |
|---|-----------------|--------------|--|
| 姓名 (名字、中间名、姓氏) | 社会安全号码 | 出生日期 (月/日/年) | |
| 就业状态 <input type="checkbox"/> 全职 <input type="checkbox"/> 兼职 <input type="checkbox"/> 自由职业 <input type="checkbox"/> 待业 <input type="checkbox"/> 学生 | 雇主姓名 | | |
| 工作年限 | 失业日期/时长 (月/日/年) | | |

亲属 (如果有超过4位亲属，请单独使用一页纸)

| 全名 | 关系 | 出生日期 (月/日/年) |
|----|----|--------------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |

| | |
|-------------------|-----------------|
| 申请人姓名 (名字、中间名、姓氏) | Mayo Clinic病历号码 |
|-------------------|-----------------|

银行帐户 不适用于威斯康星州的Barron、Cameron、Rice Lake、Mondovi、Osseo、Elmwood或Menomonie

| 银行名称 | 帐户类型 | 银行名称 | 帐户类型 |
|------|---------|------|---------|
| | 支票 | | 支票 |
| | 储蓄 | | 储蓄 |
| | 其它投资与证券 | | 其它投资与证券 |

不动产 不适用于威斯康星州的Barron、Cameron、Rice Lake、Mondovi、Osseo、Elmwood或Menomonie

| 类型 | 详情 | 评估价值 | 未清余额 |
|----------|-----|------|------|
| 第二居所/度假屋 | | | |
| 土地 | 英亩数 | | |
| 租赁财产 | | | |
| 商业/农业设备 | | | |
| 其它/休闲车 | | | |

如果您有以下任意收入来源，请提供文件凭证

| 收入说明 | 来源 | 每月收入金额 |
|-----------|----|--------|
| 利息/红利 | | |
| 养老金/退休金 | | |
| 租赁/不动产 | | |
| 残障 | | |
| 赡养费/子女抚养费 | | |
| 其它 | | |

保险

| 类型 | 相关政策 | 月付款项 |
|----|------|------|
| 健康 | | |

医疗欠费

| 类型 | 债权方 | 未清余额 | 月付款项 |
|----------|-----|------|------|
| 医疗 医生 | | | |
| 医疗 医院 | | | |
| 其它 | | | |

保证书

我保证，据我所知，以上列出的所有信息均真实、正确。我了解，这些信息将用于确定我对于由Mayo Clinic或附属实体所提供服务的支付能力，并且，我允许Mayo Clinic及所有附属诊所、医院和实体在考虑我的财务援助请求过程中根据需要分享这些信息。我特此同意Mayo Clinic、所有Mayo Clinic附属机构及代表或代理方对此处所包含的信息进行调查，并获得信用报告。

| | |
|----------|------------|
| 患者/责任方签字 | 日期 (月/日/年) |
| 配偶/伴侣签字 | 日期 (月/日/年) |