



# Wniosek o pomoc finansową

## Financial Assistance Application – Polish

Ten formularz zbiera informacje, niebędące częścią dokumentacji medycznej. **Tylko do przechowywania lokalnie.**

Imię i nazwisko wnioskodawcy (pierwsze i drugie imię, nazwisko)	Lokalizacja usług	Numer Mayo Clinic
---	-------------------	-------------------

**Instrukcje:** Proszę wypełnić wniosek i dołączyć kopie:

- zwrotów podatku i dodatkowej dokumentacji (poprzednie 2 lata)
- zasiłki z programu Social Security\* (jeśli dotyczy)
- na osobnej kartce proszę opisać swoje zapotrzebowanie na pomoc finansową\*
- paski z wypłaty (ostanie 3 miesiące)
- wyciągi bankowe\* (ostatnie 3 miesiące dla wszystkich kont)
- formularz W-2 lub zaświadczenie o braku zatrudnienia\*

\*Nie dotyczy Barron, Cameron, Rice Lake, Mondovi, Osseo, Elmwood lub Menomonie, Wisconsin

Starałem(-am) się lub będę się starać o federalną lub stanową opiekę medyczną lub zweryfikowałem(-am) uprawnienia swojego planu opieki zdrowotnej. <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Powód _____
Mam w toku pozew, ugodę, roszczenia z tytułu obrażeń ciała lub odpowiedzialności. <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Powód _____
Mam dostęp do ubezpieczenia za pośrednictwem swojego pracodawcy lub pracodawcy mojego małżonka/małżonki. <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Powód _____
Starałem(-am) się wcześniej o pomoc finansową w innej placówce Mayo Clinic. <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie mam pewności Gdzie _____ Kiedy _____

### Pacjent/osoba odpowiedzialna

Imię i nazwisko (pierwsze i drugie imię, nazwisko)	Numer Social Security	Data urodzenia (miesiąc, DD, RRRR)
Adres	Miasto	Stan Kod pocztowy
Telefon	Wielkość gospodarstwa domowego (pacjent, małżonek/małżonka i osoby zależne)	Stan cywilny
Status zatrudnienia <input type="checkbox"/> Pełen etat <input type="checkbox"/> Część etatu <input type="checkbox"/> Samozatrudnienie <input type="checkbox"/> Bezrobotny <input type="checkbox"/> Student	Nazwa pracodawcy	
Długość zatrudnienia	Data przejścia na bezrobocie/długość bezrobocia (miesiąc, DD, RRRR)	Czy zgłosiłeś(-aś) się po kolejny zwrot podatku? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie (Jeśli tak, podaj żądane zwroty podatku)

### Małżonek/Partner

Imię i nazwisko (pierwsze i drugie imię, nazwisko)	Numer Social Security	Data urodzenia (miesiąc, DD, RRRR)
Status zatrudnienia <input type="checkbox"/> Pełen etat <input type="checkbox"/> Część etatu <input type="checkbox"/> Samozatrudnienie <input type="checkbox"/> Bezrobotny <input type="checkbox"/> Student	Nazwa pracodawcy	
Długość zatrudnienia	Data przejścia na bezrobocie / długość bezrobocia (miesiąc, DD, RRRR)	

### Osoby zależne (jeśli więcej niż 4 osoby zależne, użyj osobnej kartki)

Pełne imię i nazwisko	Pokrewieństwo	Data urodzenia (miesiąc, DD, RRRR)
1.		
2.		
3.		
4.		

Imię i nazwisko wnioskodawcy (pierwsze i drugie imię, nazwisko)	Numer Mayo Clinic
---	-------------------

### Konto(-a) bankowe

Nie dotyczy Barron, Cameron, Rice Lake, Mondovi, Osseo, Elmwood lub Menomonie, Wisconsin

Nazwa banku	Typ konta	Nazwa banku	Typ konta
	Bieżące		Bieżące
	Oszczędnościowe		Oszczędnościowe
	Inne inwestycje i zabezpieczenia		Inne inwestycje i zabezpieczenia

### Nieruchomość

Nie dotyczy Barron, Cameron, Rice Lake, Mondovi, Osseo, Elmwood lub Menomonie, Wisconsin

Typ	Szczegóły	Szacowana wartość	Nieuregulowane saldo
Drugie mieszkanie/domek wakacyjny			
Ziemia	Liczba akrów		
Nieruchomość na wynajem			
Wyposażenie firmy/farmy			
Inne/Kamper			

### Proszę udokumentować którekolwiek z poniższych źródeł dochodu

Opis dochodu	Źródło	Miesięczna kwota dochodu
Akcje/dywidendy		
Renta/emerytura		
Wynajem/nieruchomość		
Niepełnosprawność		
Alimenty/zasiłek na dziecko		
Inne		

### Ubezpieczenie

Typ	Polisa u	Miesięczna płatność
Zdrowotne		

### Dług za usługi medyczne

Typ	U kogo	Nieuregulowane saldo	Miesięczna płatność
Lekarz medycyny			
Szpital			
Inne			

### Oświadczenie

Oświadczam, że wszystkie podane informacje są prawdziwe i poprawne według mojej najlepszej wiedzy. Rozumiem, że informacje te zostaną użyte do potwierdzenia mojej zdolności zapłaty za usługi świadczone przez Mayo Clinic lub powiązanej jednostki; udzielam zezwolenia Mayo Clinic i wszystkim powiązanim klinikom, szpitalom oraz jednostkom na udostępnianie tych informacji w razie potrzeby, aby rozpatrzyć moją prośbę o pomoc finansową. Niniejszym udzielam pozwolenia Mayo Clinic, wszystkim podmiotom powiązanim i przedstawicielom lub agentom Mayo Clinic na sprawdzenie zawartych tu informacji oraz na otrzymanie raportów o zdolności kredytowej.

Podpis pacjenta/strony odpowiedzialnej	Data (miesiąc, DD, RRRR)
Podpis małżonka/partnera	Data (miesiąc, DD, RRRR)