



Aplicación para ayuda económica / Financial Assistance Application

Financial Assistance Application – Spanish

Este formulario recolecta información que no forma parte del expediente médico y solo sirve **para archivar localmente**.

Nombre del aplicante <i>(Primer nombre, segundo nombre y apellido)</i>	Sitios de los servicios	Número en Mayo Clinic
--	-------------------------	-----------------------

Instrucciones: Llene toda la aplicación y adjunte copias de lo siguiente:

- Declaraciones del impuesto a la renta con todos los anexos (últimos 2 años)
- Beneficios recibidos de la Seguridad Social* (si aplica)
- En una hoja aparte explique por qué necesita ayuda económica*
- Comprobantes del pago de salario* (últimos 3 meses)
- Estados bancarios* (últimos 3 meses de todas las cuentas)
- Formulario W-2 o declaración de desempleo*

*No aplica para Barron, Cameron, Rice Lake, Mondovi, Osseo, Elmwood ni Menomonie, WI

Apliqué o aplicaré para recibir ayuda federal o estatal para gastos médicos, o verifiqué mi elegibilidad para intercambio de seguro médico. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Razón: _____
Tengo pendiente un juicio, una conciliación o una demanda por daños personales o de responsabilidad. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Razón: _____
Puedo obtener seguro médico a través de mi empleador o del empleador de mi cónyuge. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Razón: _____
Anteriormente ya apliqué para ayuda económica en otras instalaciones de Mayo Clinic <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro ¿Dónde? _____ ¿Cuándo? _____

Paciente y/o persona responsable

Nombre <i>(Primer nombre, segundo nombre y apellido)</i>	Número de seguridad social	Fecha de nacimiento <i>(mes, día, año)</i>	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	Tamaño de la familia (Paciente, cónyuge y dependientes)	Estado civil	
Condición laboral <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Autoempleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante	Nombre del empleador		
Tiempo de trabajo	Fecha y tiempo de desempleo <i>(mes, día, año)</i>	¿Está en la declaración de impuestos de otra persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (De ser así, entregue esas declaraciones de impuesto)	

Cónyuge o pareja

Nombre <i>(Primer nombre, segundo nombre y apellido)</i>	Número de seguridad social	Fecha de nacimiento <i>(mes, día, año)</i>
Condición laboral <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Autoempleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante	Nombre del empleador	
Tiempo de trabajo	Fecha y tiempo de desempleo <i>(mes, día, año)</i>	

Dependientes (Si hay más de 4, use otra hoja aparte)

Nombre completo	Relación	Fecha de nac. <i>(mes, día, año)</i>
1.		
2.		
3.		
4.		

Nombre del aplicante <i>(Primer nombre, segundo nombre y apellido)</i>	Número en Mayo Clinic
--	-----------------------

Cuenta(s) bancaria(s) (No aplica para Barron, Cameron, Rice Lake, Mondovi, Osseo, Elmwood ni Menomonie, WI)

Nombre del banco	Tipo de cuenta	Nombre del banco	Tipo de cuenta
	Corriente		Corriente
	Ahorros		Ahorros
	Otras inversiones y valores		Otras inversiones y valores

Propiedades (No aplica para Barron, Cameron, Rice Lake, Mondovi, Osseo, Elmwood ni Menomonie, WI)

Tipo	Detalle	Valor calculado	Saldo adeudado
Segunda residencia y/o casa para vacaciones			
Terrenos	Cantidad de acres		
Propiedades para arrendar			
Equipo comercial o para granja			
Otro y/o vehículo recreativo			

Entregue la documentación correspondiente a cualquiera de las siguientes fuentes de ingreso

Descripción del ingreso	Fuente	Cantidad mensual
Intereses y/o dividendos		
Pensión y/o jubilación		
Arrendamientos y/o propiedades		
Discapacidad		
Pensión alimenticia y/o manutención infantil		
Otros		

Seguro

Tipo	Póliza con	Pago mensual
Salud		

Deuda médica

Tipo	¿A quién debe?	Saldo adeudado	Pago mensual
Médica al doctor			
Médica al hospital			
Otro			

Certificación

Certifico que toda la información aquí mencionada es verdadera y correcta hasta donde llega mi conocimiento. Entiendo que la información servirá para determinar mi capacidad de pagar por los servicios brindados por Mayo Clinic o una entidad afiliada, y autorizo a Mayo Clinic y a todas sus clínicas, hospitales y entidades afiliadas a compartir la información, según sea necesario, para considerar mi solicitud de ayuda económica. Por el presente documento otorgo autorización a Mayo Clinic y todas las entidades afiliadas, representantes y agentes a investigar la información aquí contenida y a obtener informes sobre mi crédito personal.

Firma del paciente y/o persona responsable	Fecha <i>(mes, día, año)</i>
Firma del cónyuge y/o pareja	Fecha <i>(mes, día, año)</i>