



Aplikasyon sa Tulong Pinansiyal

Financial Assistance Application – Tagalog

Kinokolekta ng form na ito ang impormasyong hindi bahagi ng talaang medikal. **Para lang sa lokal na pag-imbak.**

Pangalan ng Aplikante (<i>Una, Gitna, Apelyido</i>)	Mga Lokasyon ng Mga Serbisyo	Numero ng Mayo Clinic
---	------------------------------	-----------------------

Mga Tagubilin: Kumpletuhin ang aplikasyon at maglakip ng mga kopya ng:

- Mga tax return at mga pangsuportang schedule (nakaraang 2 taon)
- Mga benepisyo ng Social Security* (kung angkop)
- Sa hiwalay na pahina, isalarawan ang pangangailangan mo sa pinansiyal na tulong*
- Mga payslip* (pinakabagong 3 buwan)
- Mga bank statement* (pinakabagong 3 buwan para sa lahat ng account)
- W-2 o Mga Unemployment Statement*

*Hindi angkop para sa Barron, Cameron, Rice Lake, Mondovi, Osseo, Elmwood o Menomonie, WI

Nag-apply ako para sa o mag-a-apply para sa medikal na tulong ng pederal o estado o pinatotohanan ang pagiging nararapat ko sa exchange plan ng pangangalaga ng kalusugan. <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Dahilan _____
Mayroon akong nakabinbing demanda, pakikipag-ayos, personal na pinsala o paghahabol sa pananagutan. <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Dahilan _____
May makukuha akong insurance sa pamamagitan ng aking employer o employer na asawa ko. <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Dahilan _____
Dati na akong nag-apply para sa pinansiyal na tulong sa ibang pasilidad ng Mayo Clinic. <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Hindi Tiyak Saan _____ Kailan _____

Pasyente/Responsableng Partido

Pangalan (<i>Una, Gitna, Apelyido</i>)	Numero ng Social Security	Petsa ng Kapanganakan (<i>Buwan DD, YYYY</i>)
Address	Lungsod	Estado ZIP Code
Telepono	Laki ng Tahanan (Pasyente, Asawa at Mga Umaasa)	Katayuan sa Pag-aasawa
Katayuan sa Pag-employo <input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part Time <input type="checkbox"/> Sariling Pag-employo <input type="checkbox"/> Walang Trabaho <input type="checkbox"/> Estudyante	Pangalan ng Employer	
Tagal ng Pag-employo	Petsa/Tagal ng Walang Trabaho (<i>Buwan DD, YYYY</i>)	Kine-claim ka ba sa ibang tax return? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi (Kung oo, maglaan ng mga tax return ng mga kine-claim)

Asawa/Partner

Pangalan (<i>Una, Gitna, Apelyido</i>)	Numero ng Social Security	Petsa ng Kapanganakan (<i>Buwan DD, YYYY</i>)
Katayuan sa Pag-employo <input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part Time <input type="checkbox"/> Sariling Pag-employo <input type="checkbox"/> Walang Trabaho <input type="checkbox"/> Estudyante	Pangalan ng Employer	
Tagal ng Pag-employo	Petsa/Tagal ng Walang Trabaho (<i>Buwan DD, YYYY</i>)	

Mga Umaasa (Kung mahigit sa 4 na umaasa, gumamit ng hiwalay na pahina)

Buong Pangalan	Relasyon	Petsa ng Kapanganakan (<i>Buwan DD, YYYY</i>)
1.		
2.		
3.		
4.		

Pangalan ng Aplikante (<i>Una, Gitna, Apelyido</i>)	Numero ng Mayo Clinic
---	-----------------------

(Mga) Bank Account Hindi angkop para sa Barron, Cameron, Rice Lake, Mondovi, Osseo, Elmwood o Menomonie, WI

Pangalan ng Bangko	Uri ng Account	Pangalan ng Bangko	Uri ng Account
	Checking		Checking
	Savings		Savings
	Ibang Mga Pamumuhunan at Securities		Ibang Mga Pamumuhunan at Securities

Pag-aari Hindi angkop para sa Barron, Cameron, Rice Lake, Mondovi, Osseo, Elmwood o Menomonie, WI

Uri	Detalye	Tinatayang Halaga	Hindi Bayad na Balanse
Pangalawang Tirahan/Bahay Bakasyonan			
Lupain	Dami ng Acre		
Pinauupahang Pag-aari			
Kagamitan sa Negosyo/Sakahan			
Iba/Recreational na Sasakyan			

Maglaan ng dokumentasyon para sa alinman sa mga sumusunod na pagmumulan ng kita

Pagsasalarawan sa Kita	Pinagmulan	Halaga ng Buwanang Kita
Interes/Mga Dibidendo		
Pensiyon/Pagreretiro		
Pinauupahan/Pag-aari		
Kapansanan		
Sustento/Suporta sa Anak		
Iba pa		

Insurance

Uri	Polisa Sa	Buwanang Bayad
Kalusugan		

Medikal na Utang

Uri	Para Kanino	Hindi Bayad na Balanse	Buwanang Bayad
Medikal Doktor			
Medikal Ospital			
Iba pa			

Sertipikasyon

Pinatotohanan ko na lahat ng impormasyong nakalista ay totoo at tama sa pinakamahusay kong kaalaman. Nauunawaan ko na ang impormasyon ay gagamitin upang tiyakin ang aking kakayahang bayaran ang mga serbisyong nilaan ng Mayo Clinic o kasaping entidad at binibigay ko ang pahintulot ko sa Mayo Clinic at lahat ng mga kasaping klinika, ospital at entidad para ibahagi ang impormasyon bilang kailangan upang isaalang-alang ang aking hiling sa pinansiyal na tulong. Binibigay ko ang pahintulot sa Mayo Clinic, lahat ng mga kasapi ng Mayo Clinic, at mga kinatawan o ahente para imbestigahan ang impormasyong nilalaman dito at kumuha ng mga ulat sa kredito.

Lagda ng Pasyente/Responsableng Partido	Petsa (<i>Buwan DD, YYYY</i>)
Lagda ng Asawa/Partner	Petsa (<i>Buwan DD, YYYY</i>)