



Aplikacija za finansijsku pomoć

Financial Assistance Application (Bosnian)

Form content not retained in medical record.

For local storage only.

(complete fields or place patient label here)

Patient Name (First Middle Last)	
Birth Date (mm-dd-yyyy)	Room Number (if applicable)
Mayo Clinic Number	

Lokacija usluge
Service Location

Upute: Popunite aplikaciju i priložite kopije sljedećih dokumenata:

Instructions: Complete application and attach copies of:

- poreska prijava iz tekuće ili prethodne godine (ili W-2 ako poreski podaci nisu dostupni)
Tax return from current or prior year (or W-2 if tax not available)
- izjave o statusu nezaposlenosti (ako je primjenjivo)
Unemployment statements (if applicable)
- obračun plate (posljednji mjesec)
Pay stubs (most recent month)
- socijalno osiguranje, penzija, penzijske beneficije (ako je primjenjivo)
Social security, pension, retirement benefits (if applicable)
- bankovni izvodi (posljednji mjesec za sve račune)
Bank statements (most recent month for all accounts)

Ako kopije navedenih dokumenata nisu dostupne, dostavite posebnu stranicu s opisom vaše trenutne finansijske situacije.

If the above copies are not available, provide a separate page describing your current financial situation.

Pacijenti na lokacijama Oakridge u gradovima Mondovi, Wisconsin ili Albert Lea, koje pokriva Minnesota Behavioral Health, trebaju samo da popune aplikaciju i prilože kopije **jednog** od sljedećih dokumenata:

Patients seen only at Oakridge in Mondovi, Wisconsin or Albert Lea, Minnesota Behavioral Health are only required to complete the application and attach copies of **one** of the following:

- W-2 za prethodnu godinu (ili formular 4506-T ako W-2 nije podnesen)
Prior year W-2 (or Form 4506-T if W-2 not filed)
- dva posljednja obračuna plate
Two most recent pay stubs
- potvrda o prihodima od poslodavca
Income verification from employer

Pacijent ili odgovorna strana koja popunjava ovu aplikaciju

Patient or Responsible Party Completing This Application

Ime pacijenta (Ime Srednje ime Prezime) Patient Name (First Middle Last)		Datum rođenja (mm-dd-gggg) Birth Date (mm-dd-yyyy)	
Adresa Address	Grad City	Savezna država State	Poštanski broj ZIP Code
Odgovorna strana koja popunjava aplikaciju (ukoliko to nije pacijent) (Ime Srednje ime Prezime) Responsible Party Completing the Application (if not the Patient) (First Middle Last)		Odnos s pacijentom (ukoliko to nije pacijent) Relationship to the Patient (if not the Patient)	
Godišnji prihod domaćinstva (prema prijavi poreza na prihod) Household Annual Income (as reported on income tax filing)		Veličina domaćinstva (pacijent, supružnik i izdržavana lica prema prijavi poreza na prihod) Household Size (patient, spouse, and dependents as reported on income tax filing)	
Telefon Phone	Naziv medicinskog osiguranja i broj polise Medical Insurance Name and Policy Number		

Aplikacija za finansijsku pomoć (nastavak)

Financial Assistance Application (Bosnian) (continued)

(complete fields or place patient label here)

Patient Name (First Middle Last)
Birth Date (mm-dd-yyyy)
Mayo Clinic Number

Status zaposlenja Employment Status ☐ Puno radno vrijeme Full time ☐ Samozaposlen(a) Self employed ☐ Student Student ☐ Pola radnog vremena Part time ☐ Nezaposlen(a) Unemployed ☐ Penzioner Retired		Naziv poslodavca Employer Name
Dužina radnog staža Employment Length	Datum prestanka zaposlenja / trajanje (mm-dd-gggg) Unemployed Date/Length (mm-dd-yyyy)	Vodite li se na još nekoj poreskoj prijavi? Are you claimed on another tax return? ☐ Da Yes ☐ Ne No (If “Yes,” provide tax return.) (Ako je odgovor „Da“, dostavite poresku prijavu.)

Izdržavana lica (ako se radi o više od 6 izdržavanih lica, koristite posebnu stranicu)
Dependents (If more than 6 dependents, use separate page)

Puno ime (Ime Srednje ime Prezime) Full Name (First Middle Last)	Odnos Relationship	Datum rođenja (mm-dd-gggg) Birth Date (mm-dd-yyyy)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Pacijenti na lokacijama Oakridge u gradovima Mondovi, Wisconsin ili Albert Lea, koje pokriva Minnesota Behavioral Health, ne moraju popuniti sljedeći odjeljak koji se tiče supružnika:
Patients seen only at Oakridge in Mondovi, Wisconsin or Albert Lea, Minnesota Behavioral Health do not need to complete the following spouse section:

Supružnik (koristi se za identifikaciju svih računa pacijenata koji ispunjavaju uslove za finansijsku pomoć)
Spouse (Used to identify all patient accounts eligible for financial assistance)

Bračno stanje Marital Status	
Ime (Ime Srednje ime Prezime) Name (First Middle Last)	Datum rođenja (mm-dd-gggg) Birth Date (mm-dd-yyyy)
Status zaposlenja Employment Status ☐ Puno radno vrijeme Full time ☐ Samozaposlen(a) Self employed ☐ Student Student ☐ Pola radnog vremena Part time ☐ Nezaposlen(a) Unemployed ☐ Penzioner Retired	Naziv poslodavca Employer Name
Dužina radnog staža Employment Length	Datum prestanka zaposlenja / trajanje (mm-dd-gggg) Unemployed Date/Length (mm-dd-yyyy)

Aplikacija za finansijsku pomoć (nastavak)

Financial Assistance Application (Bosnian) (continued)

(complete fields or place patient label here)

Patient Name (First Middle Last)
Birth Date (mm-dd-yyyy)
Mayo Clinic Number

Potpisi za potvrdu Certification Signatures

Potvrđujem da su sve navedene informacije istinite i tačne prema mom najboljem znanju. Razumijem da će se informacije koristiti za utvrđivanje moje sposobnosti da platim usluge koje pruža Mayo Clinic ili povezana ustanova i dajem dozvolu da Mayo Clinic i sve povezane klinike, bolnice i ustanove dijele informacije kad je to potrebno za razmatranje mog zahtjeva za finansijsku pomoć. Ovim dajem dozvolu da klinika Mayo Clinic kao i sve njene podružnice te predstavnici ili agenti istraže informacije sadržane u ovom dokumentu.

I certify that all information listed is true and correct to the best of my knowledge. I understand that the information is to be used to ascertain my ability to pay for services provided by Mayo Clinic or an affiliated entity and I give permission to Mayo Clinic and all affiliated clinics, hospitals and entities to share the information as necessary to consider my financial assistance request. I hereby grant permission to Mayo Clinic, all Mayo Clinic affiliates and representatives or agents to investigate the information contained herein.

Potpis pacijenta ili odgovorne strane Patient or Responsible Party Signature	Datum (mm-dd-gggg) Date (mm-dd-yyyy)
Ime odgovorne strane štampanim slovima (Ime Srednje ime Prezime) Responsible Party Printed Name (First Middle Last)	