



Richiesta di assistenza finanziaria

Financial Assistance Application (Italian)

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	

Sede del servizio
Service Location

Istruzioni: completare la richiesta e allegare le copie di

Instructions: Complete application and attach copies of:

- Dichiarazione dei redditi dell'anno corrente o precedente (o W-2 in caso di indisponibilità)
Tax return from current or prior year (or W-2 if tax not available)
- Certificato di disoccupazione (se applicabile)
Unemployment statements (if applicable)
- Buste paga (del mese più recente)
Pay stubs (most recent month)
- Prestazioni previdenziali o pensionistiche (se applicabili)
Social security, pension, retirement benefits (if applicable)
- Estratti conto bancari (del mese più recente per tutti i conti)
Bank statements (most recent month for all accounts)

In caso di indisponibilità delle copie di cui sopra, fornire una pagina separata con la descrizione della situazione finanziaria corrente.
If the above copies are not available, provide a separate page describing your current financial situation.

I pazienti visitati esclusivamente presso l'Oakridge di Mondovi, Wisconsin o il Minnesota Behavioral Health di Albert Lea devono solo completare la richiesta e allegare le copie di **uno** dei seguenti documenti:

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 dell'anno precedente (o modulo 4506-T se non è stato presentato il W-2)
Prior year W-2 (or Form 4506-T if W-2 not filed)
- Due buste paga più recenti
Two most recent pay stubs
- Conferma del reddito da parte del datore di lavoro
Income verification from employer

Paziente o parte responsabile che compila questa richiesta

Patient or Responsible Party Completing This Application

Nome del/della paziente (nome, cognome) Patient Name (First Middle Last)		Data di nascita (gg-mm-aaaa) Birth Date (mm-dd-yyyy)	
Indirizzo Address	Città City	Stato State	CAP ZIP Code
Parte responsabile della compilazione della richiesta (se persona diversa dal/dalla paziente) (nome, cognome) Responsible Party Completing the Application (if not the Patient) (First Middle Last)		Rapporto con il/la paziente (se persona diversa dal/dalla paziente) Relationship to the Patient (if not the Patient)	
Reddito familiare annuale (come riportato nella dichiarazione dei redditi) Household Annual Income (as reported on income tax filing)		Numero di appartenenti al nucleo familiare (paziente, coniuge e persone a carico come riportato nella dichiarazione dei redditi) Household Size (patient, spouse, and dependents as reported on income tax filing)	
Telefono Phone	Nome e numero di polizza dell'assicurazione medica Medical Insurance Name and Policy Number		

Richiesta di assistenza finanziaria (segue)

Financial Assistance Application (Italian) (continued)

(complete fields or place patient label here)

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

Stato lavorativo Employment Status ☐ A tempo pieno Full time ☐ Disoccupato/a Unemployed ☐ Part time Part time ☐ Studente/ssa Student ☐ Autonomo Self employed ☐ Pensionato/a Retired		Nome del datore di lavoro Employer Name
Durata dell'impiego Employment Length	Data/durata del periodo di disoccupazione (gg-mm-aaaa) Unemployed Date/Length (mm-dd-yyyy)	È dichiarato/a in un'altra dichiarazione dei redditi? Are you claimed on another tax return? ☐ Sì Yes ☐ No (Se la risposta è Sì, fornire la dichiarazione dei redditi.) No (If "Yes," provide tax return.)

Persone a carico (se superiori a 6, utilizzare una pagina separata)

Dependents (If more than 6 dependents, use separate page)

Nome completo (nome, cognome) Full Name (First Middle Last)	Rapporto Relationship	Data di nascita (gg-mm-aaaa) Birth Date (mm-dd-yyyy)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

I pazienti visitati esclusivamente presso l’Oakridge di Mondovi, Wisconsin o il Minnesota Behavioral Health di Albert Lea non devono completare la seguente sezione sul/sulla coniuge:

Patients seen only at Oakridge in Mondovi, Wisconsin or Albert Lea, Minnesota Behavioral Health do not need to complete the following spouse section:

Coniuge (utilizzato per l’identificazione di tutti gli account paziente idonei per l’assistenza finanziaria)

Spouse (Used to identify all patient accounts eligible for financial assistance)

Stato civile Marital Status	
Nome (nome, cognome) Name (First Middle Last)	Data di nascita (gg-mm-aaaa) Birth Date (mm-dd-yyyy)
Stato lavorativo Employment Status ☐ A tempo pieno Full time ☐ Disoccupato/a Unemployed ☐ Part time Part time ☐ Studente/ssa Student ☐ Autonomo Self employed ☐ Pensionato/a Retired	
Durata dell'impiego Employment Length	Nome del datore di lavoro Employer Name
Data/durata del periodo di disoccupazione (gg-mm-aaaa) Unemployed Date/Length (mm-dd-yyyy)	

Richiesta di assistenza finanziaria (segue)

Financial Assistance Application (Italian) (continued)

(complete fields or place patient label here)

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

Firme di riconoscimento Certification Signatures

Dichiaro che, per quanto mi è dato sapere, tutte le informazioni elencate sono veritiere e corrette. Comprendo che le informazioni devono essere utilizzate per accertare la mia capacità di pagare i servizi forniti da Mayo Clinic o da un ente affiliato e autorizzo Mayo Clinic e tutte le entità, le cliniche e gli ospedali affiliati a condividere tali informazioni come necessario per valutare la mia richiesta di assistenza finanziaria. Con la presente autorizzo Mayo Clinic e tutti gli affiliati e rappresentanti o agenti di Mayo Clinic a esaminare le informazioni qui contenute.

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.

Firma del/della paziente o della parte responsabile Patient or Responsible Party Signature	Data (gg-mm-aaaa) Date (mm-dd-yyyy)
Nome in stampatello della parte responsabile (nome, cognome) Responsible Party Printed Name (First Middle Last)	