



Заявка на получение финансовой помощи

Financial Assistance Application (Russian)

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	

Местоположение оказания услуги
Service Location

Инструкции. Заполните заявку и приложите копии документов, указанных ниже.

Instructions: Complete application and attach copies of:

- Налоговая декларация за текущий или предыдущий год (или форма W-2, если налоговая декларация недоступна)
Tax return from current or prior year (or W-2 if tax not available)
- Выписки о статусе безработного(-й) (если применимо)
Unemployment statements (if applicable)
- Платежные ведомости о заработной плате (за последний месяц)
Pay stubs (most recent month)
- Документы о социальном обеспечении, пособия, пенсии (при наличии)
Social security, pension, retirement benefits (if applicable)
- Банковские выписки (за последний месяц по всем счетам)
Bank statements (most recent month for all accounts)

Если вышеуказанные документы отсутствуют, предоставьте описание вашего текущего финансового положения на отдельной странице.
If the above copies are not available, provide a separate page describing your current financial situation.

Пациенты, наблюдающиеся только в клинике Oakridge in Mondovi (Оукбридж в Мондови), штат Висконсин, или в клинике Albert Lea, Minnesota Behavioral Health (Клиника поведенческого здоровья Миннесоты), должны только заполнить заявку и приложить копии **одного** из следующих документов:
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:

- Форма W-2 за предыдущий год (или форма 4506-T, если форма W-2 не подавалась)
Prior year W-2 (or Form 4506-T if W-2 not filed)
- Две последние платежные ведомости о заработной плате
Two most recent pay stubs
- Справка о доходах от работодателя
Income verification from employer

Пациент или ответственное лицо, заполняющее данную заявку Patient or Responsible Party Completing This Application

Имя пациента (Первое Среднее Фамилия) Patient Name (First Middle Last)		Дата рождения (ММ-ДД-ГГГГ) Birth Date (mm-dd-yyyy)	
Адрес Address	Город City	Штат State	Почтовый индекс ZIP Code
Имя ответственного лица, заполняющего заявку (если это не пациент) (Первое Среднее Фамилия) Responsible Party Completing the Application (if not the Patient) (First Middle Last)		Кем приходится пациенту (если не пациент) Relationship to the Patient (if not the Patient)	
Годовой совокупный доход домохозяйства (указанный в декларации о доходах) Household Annual Income (as reported on income tax filing)		Состав домохозяйства (пациент, супруг(-а) и иждивенцы в соответствии с декларацией о доходах) Household Size (patient, spouse, and dependents as reported on income tax filing)	
Телефон Phone	Название и номер полиса медицинского страхования Medical Insurance Name and Policy Number		

Заявка на получение
финансовой помощи (продолжение)

Financial Assistance Application (Russian) (continued)

(complete fields or place patient label here)

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

Статус занятости Employment Status ☐ Полная занятость Full time ☐ Частичная занятость Part time ☐ Самозанятый(-ая) Self employed ☐ Безработный(-ая) Unemployed ☐ Учащийся(-аяся) Student ☐ На пенсии Retired		Имя работодателя Employer Name
Продолжительность занятости Employment Length	Безработный(-ая) с (дата/продолжительность) (мм-дд-гггг) Unemployed Date/Length (mm-dd-yyyy)	Вы указаны в другой налоговой декларации? Are you claimed on another tax return? ☐ Да Yes ☐ Нет (если «Да» — предоставьте налоговую декларацию) No (If "Yes," provide tax return.)

Иждивенцы (если иждивенцев более 6, используйте отдельную страницу)
Dependents (If more than 6 dependents, use separate page)

Полное имя (Первое Среднее Фамилия) Full Name (First Middle Last)	Кем приходится Relationship	Дата рождения (мм-дд-гггг) Birth Date (mm-dd-yyyy)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Пациентам, наблюдающимся только в клинике Oakridge in Mondovi (Оукридж в Мондови), штат Висконсин, или в клинике Albert Lea, Minnesota Behavioral Health (Клиника поведенческого здоровья Миннесоты), следующий раздел о супруге заполнять не нужно:
Patients seen only at Oakridge in Mondovi, Wisconsin or Albert Lea, Minnesota Behavioral Health do not need to complete the following spouse section:

Супруг(-а) (используется для определения всех счетов пациентов, имеющих право на получение финансовой помощи)
Spouse (Used to identify all patient accounts eligible for financial assistance)

Семейное положение Marital Status		
Имя (Первое Среднее Фамилия) Name (First Middle Last)		Дата рождения (мм-дд-гггг) Birth Date (mm-dd-yyyy)
Статус занятости Employment Status ☐ Полная занятость Full time ☐ Частичная занятость Part time ☐ Самозанятый(-ая) Self employed ☐ Безработный(-ая) Unemployed ☐ Учащийся(-аяся) Student ☐ На пенсии Retired		Имя работодателя Employer Name
Продолжительность занятости Employment Length		Безработный(-ая) с (дата/продолжительность) (мм-дд-гггг) Unemployed Date/Length (mm-dd-yyyy)

Заявка на получение финансовой помощи (продолжение)

Financial Assistance Application (Russian) (continued)

(complete fields or place patient label here)

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

Подписи заверяющих Certification Signatures

Я подтверждаю, что вся указанная информация верна и, насколько мне известно, соответствует действительности. Я понимаю, что эта информация будет использоваться для определения моей способности оплатить услуги, предоставляемые Mayo Clinic или аффилированной организацией, и даю разрешение Mayo Clinic и всем аффилированным клиникам, больницам и организациям передавать эту информацию, если это необходимо для рассмотрения моей заявки на финансовую помощь. Настоящим я даю разрешение на проверку информации, содержащейся в настоящем документе, Mayo Clinic, всем филиалам Mayo Clinic, а также представителям или агентам.

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.

Подпись пациента или ответственного лица Patient or Responsible Party Signature	Дата (мм-дд-гггг) Date (mm-dd-yyyy)
Имя ответственного лица печатными буквами (Первое Среднее Фамилия) Responsible Party Printed Name (First Middle Last)	