



Aplikasyon Para sa Pinansyal na Tulong

Financial Assistance Application (Tagalog)

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	

Lokasyon ng Serbisyo
Service Location

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

Instructions: Complete application and attach copies of:

- Tax return mula sa kasalukuyan o nakaraang taon (o W-2 kung hindi available ang tax return)
Tax return from current or prior year (or W-2 if tax not available)
- Mga statement para sa kawalan ng trabaho (kung naaangkop)
Unemployment statements (if applicable)
- Mga pay slip (nakaraang buwan)
Pay stubs (most recent month)
- Social security, pensyon, mga benepisyo sa pagreretiro (kung naaangkop)
Social security, pension, retirement benefits (if applicable)
- Mga bank statement (nakaraang buwan para sa lahat ng account)
Bank statements (most recent month for all accounts)

Kung walang available na kopya ng mga nasa itaas, magbigay ng hiwalay na pahinang naglalarawan sa iyong pinansyal na sitwasyon sa kasalukuyan.

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

Mga pasyente lang na tinitingnan sa Oakridge sa Mondovi, Wisconsin, o Albert Lea, Minnesota Behavioral Health ang inaasahang sumagot sa aplikasyon at maglakip ng mga kopya ng **isa** sa mga sumusunod:

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 mula sa nakaraang taon (o Form 4506-T kung hindi naghain ng W-2)
Prior year W-2 (or Form 4506-T if W-2 not filed)
- Dalawang pinakabagong pay slip
Two most recent pay stubs
- Pagkumpirma ng employer sa kita
Income verification from employer

Pasyente o Responsableng Panig na Sumasagot sa Aplikasyong Ito

Patient or Responsible Party Completing This Application

Pangalan ng Pasyente (Pangalan Gitnang Pangalan Apelyido) Patient Name (First Middle Last)		Petsa ng Kapanganakan (mm-dd-yyyy) Birth Date (mm-dd-yyyy)	
Address Address	Lungsod City	Estado State	ZIP Code ZIP Code
Responsableng Panig na Sumasagot sa Aplikasyon (kung hindi ang Pasyente) (Pangalan Gitnang Pangalan Apelyido) Responsible Party Completing the Application (if not the Patient) (First Middle Last)		Kaugnayan sa Pasyente (kung hindi ang Pasyente) Relationship to the Patient (if not the Patient)	
Taunang Kita ng Sambahayan (ayon sa iniulat sa inihaing buwis sa kita) Household Annual Income (as reported on income tax filing)		Laki ng Sambahayan (pasyente, asawa, at mga dependent ayon sa iniulat sa inihaing buwis sa kita) Household Size (patient, spouse, and dependents as reported on income tax filing)	

Aplikasyon Para sa Pinansyal na Tulong

(ipinagpatuloy)

Financial Assistance Application (Tagalog) (continued)

(complete fields or place patient label here)

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

Telepono Phone	Pangalan at Numero ng Polisiya ng Medikal na Insurance Medical Insurance Name and Policy Number	
Status sa Pagtatrabaho Employment Status	Pangalan ng Employer Employer Name	
☐ Full time Full time	☐ Part time Part time	☐ Self employed Self employed
☐ Walang Trabaho Unemployed	☐ Mag-aaral Student	☐ Retirado Retired
Tagal ng Pagtatrabaho Employment Length	Petsa/Tagal ng Kawalan ng Trabaho (mm-dd-yyyy) Unemployed Date/Length (mm-dd-yyyy)	Nag-claim ka ba sa ibang tax return? Are you claimed on another tax return? ☐ Oo Yes ☐ Hindi No (If "Yes," magbigay ng tax return.)

Mga Dependent (Kung mahigit sa 6 ang dependent, gumamit ng hiwalay na pahina)
Dependents (If more than 6 dependents, use separate page)

Buong Pangalan (Pangalan Gitnang Pangalan Apelyido) Full Name (First Middle Last)	Kaugnayan Relationship	Petsa ng Kapanganakan (mm-dd-yyyy) Birth Date (mm-dd-yyyy)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Hindi kailangan ng mga pasyenteng tinitingnan lang sa Oakridge sa Mondovi, Wisconsin, o Albert Lea, Minnesota Behavioral Health na kumpletuhin ang sumusunod na seksyon para sa asawa:
Patients seen only at Oakridge in Mondovi, Wisconsin or Albert Lea, Minnesota Behavioral Health do not need to complete the following spouse section:

Asawa (Ginagamit para tukuyin ang lahat ng account ng pasyente na kwalipikado para sa pinansyal na tulong)
Spouse (Used to identify all patient accounts eligible for financial assistance)

Status sa Pag-aasawa Marital Status		
Pangalan (Pangalan Gitnang Pangalan Apelyido) Name (First Middle Last)	Petsa ng Kapanganakan (mm-dd-yyyy) Birth Date (mm-dd-yyyy)	
Status sa Pagtatrabaho Employment Status	Pangalan ng Employer Employer Name	
☐ Full time Full time	☐ Part time Part time	☐ Self employed Self employed
☐ Walang Trabaho Unemployed	☐ Mag-aaral Student	☐ Retirado Retired
Tagal ng Pagtatrabaho Employment Length	Petsa/Tagal ng Kawalan ng Trabaho (mm-dd-yyyy) Unemployed Date/Length (mm-dd-yyyy)	

Aplikasyon Para sa Pinansyal na Tulong

(ipinagpatuloy)

Financial Assistance Application (Tagalog) (continued)

(complete fields or place patient label here)

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

Mga Lagda para sa Sertipikasyon

Certification Signatures

Kinukumpirma kong totoo at tama ang lahat ng nakalistang impormasyon sa abot ng aking kaalaman. Nauunawaan kong gagamitin ang impormasyon para matukoy ang kakayahan kong bayaran ang mga serbisyo ng Mayo Clinic o ng isang affiliated na entity at pinapahintulutan ko ang Mayo Clinic at ang lahat ng affiliated na klinika, ospital, at entity na ibahagi ang nasabing impormasyon kung kinakailangan para sa pagsasaalang-alang sa aking kahilingan para sa pinansyal na tulong. Sa pamamagitan nito, pinapahintulutan ko ang Mayo Clinic, at ang lahat ng affiliate, kinatawan, o ahente ng Mayo Clinic na siyasatin ang impormasyong nakapaloob dito.

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.

Lagda ng Pasyente o Responsableng Panig Patient or Responsible Party Signature	Petsa (mm-dd-yyyy) Date (mm-dd-yyyy)
Responsableng Panig Naka-print na Pangalan (Pangalan Gitnang Pangalan Apelyido) Responsible Party Printed Name (First Middle Last)	