



Antrag auf finanzielle Beihilfe

Financial Assistance Application (German)

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	

Dienststandort
Service Location

Anweisungen: Füllen Sie den Antrag aus und fügen Sie Kopien folgender Dokumente bei:

Instructions: Complete application and attach copies of:

- Steuererklärung des aktuellen Jahres oder des Vorjahres (oder W-2-Formular, falls Steuererklärung nicht verfügbar)
Tax return from current or prior year (or W-2 if tax not available)
- Arbeitslosenbescheide (sofern zutreffend)
Unemployment statements (if applicable)
- Lohnabrechnung (letzter Monat)
Pay stubs (most recent month)
- Sozialversicherungsleistungen, Rentenleistungen, Ruhestandszahlungen (sofern zutreffend)
Social security, pension, retirement benefits (if applicable)
- Kontoauszüge (aktueller Monat für alle Konten)
Bank statements (most recent month for all accounts)

Falls die obigen Kopien nicht verfügbar sind, fügen Sie bitte eine separate Seite bei, auf der Sie Ihre aktuelle finanzielle Situation beschreiben.
If the above copies are not available, provide a separate page describing your current financial situation.

Patienten, die ausschließlich am Oakridge in Mondovi (Wisconsin) oder in Albert Lea am Minnesota Behavioral Health vorstellig wurden, müssen nur den Antrag ausfüllen und **eine** der folgenden Kopien beifügen:

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-Formular des Vorjahrs (oder das Formular 4506-T, falls kein W-2 eingereicht wurde)
Prior year W-2 (or Form 4506-T if W-2 not filed)
- Die letzten zwei Lohnabrechnungen
Two most recent pay stubs
- Einkommensnachweis vom Arbeitgeber
Income verification from employer

Patient oder Verantwortlicher, der diesen Antrag ausfüllt

Patient or Responsible Party Completing This Application

Name des Patienten (Vor-, Zweit-, Nachname) Patient Name (First Middle Last)		Geburtsdatum (TT-MM-JJJJ) Birth Date (mm-dd-yyyy)	
Adresse Address	Stadt City	Land State	Postleitzahl ZIP Code
Verantwortlicher, der den Antrag ausfüllt (falls jemand anders als Patient) (Vor-, Zweit-, Nachname) Responsible Party Completing the Application (if not the Patient) (First Middle Last)		Beziehung zum Patienten (falls jemand anders als Patient) Relationship to the Patient (if not the Patient)	
Jährliches Haushaltseinkommen (gemäß der Angabe in der Einkommenssteuererklärung) Household Annual Income (as reported on income tax filing)		Haushaltsgröße (Patient, Ehepartner und Unterhaltsberechtigte gemäß der Angabe in der Einkommenssteuererklärung) Household Size (patient, spouse, and dependents as reported on income tax filing)	

Antrag auf finanzielle Beihilfe (fortgesetzt)

Financial Assistance Application (German) (continued)

(complete fields or place patient label here)

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

Telefon Phone	Name der Krankenversicherung und Versicherungsnummer Medical Insurance Name and Policy Number			
Beschäftigungsstatus Employment Status	<input type="checkbox"/> Vollzeit Full time <input type="checkbox"/> Arbeitslos Unemployed	<input type="checkbox"/> Teilzeit Part time <input type="checkbox"/> Student Student	<input type="checkbox"/> Selbstständig Self employed <input type="checkbox"/> Im Ruhestand Retired	Name des Arbeitgebers Employer Name
Beschäftigungsdauer Employment Length	Eintritt/Dauer der Arbeitslosigkeit (TT-MM-JJJJ) Unemployed Date/Length (mm-dd-yyyy)		Wurden Sie auf einer anderen Steuererklärung als Angehöriger berücksichtigt? Are you claimed on another tax return? <input type="checkbox"/> Ja Yes	<input type="checkbox"/> Nein (Fall „Ja“, bitte die Steuererklärung beifügen.) No (If "Yes," provide tax return.)

Unterhaltsberechtignte (Bei mehr als 6 Personen bitte eine separate Seite verwenden)

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

Vollständiger Name (Vor-, Zweit-, Nachname) Full Name (First Middle Last)	Verhältnis Relationship	Geburtsdatum (TT-MM-JJJJ) Birth Date (mm-dd-yyyy)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Patienten, die ausschließlich am Oakridge in Mondovi (Wisconsin) oder in Albert Lea am Minnesota Behavioral Health vorstellig wurden, müssen den folgenden Abschnitt zu Ehepartnern nicht ausfüllen.

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

Ehepartner (Dient zur Identifizierung aller Patientenkonten mit Berechtigung auf finanzielle Beihilfe)

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

Ehestand Marital Status				
Name (Vor-, Zweit-, Nachname) Name (First Middle Last)			Geburtsdatum (TT-MM-JJJJ) Birth Date (mm-dd-yyyy)	
Beschäftigungsstatus Employment Status	<input type="checkbox"/> Vollzeit Full time <input type="checkbox"/> Arbeitslos Unemployed	<input type="checkbox"/> Teilzeit Part time <input type="checkbox"/> Student Student	<input type="checkbox"/> Selbstständig Self employed <input type="checkbox"/> Im Ruhestand Retired	Name des Arbeitgebers Employer Name
Beschäftigungsdauer Employment Length	Eintritt/Dauer der Arbeitslosigkeit (TT-MM-JJJJ) Unemployed Date/Length (mm-dd-yyyy)			

Antrag auf finanzielle Beihilfe (fortgesetzt)

Financial Assistance Application (German) (continued)

(complete fields or place patient label here)

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

Unterzeichnung zur Bestätigung

Certification Signatures

Hiermit bestätige ich, dass alle oben gemachten Angaben nach meinem besten Wissen wahrhaftig und genau sind. Ich verstehe, dass diese Informationen verwendet werden, um meine Zahlungsfähigkeit für von der Mayo Clinic oder einem verbundenen Unternehmen erbrachte Leistungen zu ermitteln, und ich gestatte der Mayo Clinic und allen verbundenen Kliniken, Krankenhäusern und Unternehmen, diese Informationen untereinander weiterzugeben, wenn dies zur Prüfung meines Antrags auf finanzielle Beihilfe erforderlich ist. Ich erteile hiermit der Mayo Clinic sowie allen Partnern und Beauftragten oder Vertretern der Mayo Clinic die Erlaubnis, die hier bereitgestellten Informationen zu überprüfen.

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.

Unterschrift des Patienten oder Verantwortlichen Patient or Responsible Party Signature 	Datum (TT-MM-JJJJ) Date (mm-dd-yyyy)
Name des Verantwortlichen in Druckbuchstaben (Vor-, Zweit-, Nachname) Responsible Party Printed Name (First Middle Last)	