



वित्तीय सहायता के लिए आवेदन

Financial Assistance Application (Hindi)

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	

सेवा का स्थान Service Location

निर्देश: आवेदन को पूरा करें और निम्नांकित की प्रतिलिपियां संलग्न करें:

Instructions: Complete application and attach copies of:

- वर्तमान या पिछले वर्ष का टैक्स रिटर्न फॉर्म (या टैक्स की अनुपलब्धता में W-2)
Tax return from current or prior year (or W-2 if tax not available)
- बेरोजगारी सम्बंधी वक्तव्य (यदि लागू हो)
Unemployment statements (if applicable)
- वेतन पर्चियां (नवीनतम माह की)
Pay stubs (most recent month)
- सामाजिक सुरक्षा, पेंशन, सेवानिवृत्ति लाभ (यदि लागू हो)
Social security, pension, retirement benefits (if applicable)
- बैंक के विवरण (सभी खातों के लिए नवीनतम माह के विवरण)
Bank statements (most recent month for all accounts)

यदि उपरोक्त प्रतिलिपियां उपलब्ध न हों तो एक अलग कागज में अपनी वर्तमान वित्तीय स्थिति का वर्णन प्रस्तुत करें।

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

केवल मौंडोवी, विस्कॉन्सिन में ओकरिज़ या अल्बर्ट ली, मिनेसोटा बिहेवियरल हेल्थ में देखे जाने वाले मरीज़ों को आवेदन पूरा करना होगा और निम्नलिखित में से **एक** की प्रतियां संलग्न करनी होंगी:

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:

- पिछले वर्ष का W-2 (या यदि W-2 फाइल न किया गया हो तो फॉर्म 4506-T)
Prior year W-2 (or Form 4506-T if W-2 not filed)
- दो नवीनतम वेतन पर्चियां
Two most recent pay stubs
- नियोक्ता की ओर से आय का सत्यापन
Income verification from employer

इस आवेदन को पूरा करने वाला मरीज़ या जिम्मेदार पक्ष

Patient or Responsible Party Completing This Application

मरीज़ का नाम (प्रथम नाम मध्य नाम कुलनाम) Patient Name (First Middle Last)		जन्मतिथि (माह-दिन-वर्ष) Birth Date (mm-dd-yyyy)	
पता Address	शहर City	राज्य State	ज़िप कोड ZIP Code
आवेदन को पूरा करने वाला जिम्मेदार पक्ष (यदि मरीज़ न हो) (प्रथम नाम मध्य नाम कुलनाम) Responsible Party Completing the Application (if not the Patient) (First Middle Last)		मरीज़ के साथ संबंध (यदि मरीज़ न हो) Relationship to the Patient (if not the Patient)	
वार्षिक घरेलू आय (जैसा कि आयकर फाइलिंग में बताया गया है) Household Annual Income (as reported on income tax filing)		परिवार का आकार (मरीज़, पति/पत्नी, और आश्रित जैसा कि आयकर फाइलिंग में बताया गया है) Household Size (patient, spouse, and dependents as reported on income tax filing)	

वित्तीय सहायता के लिए आवेदन (जारी)

Financial Assistance Application (Hindi) (continued)

(complete fields or place patient label here)

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

फोन Phone	चिकित्सा बीमा का नाम और पॉलिसी संख्या Medical Insurance Name and Policy Number		
रोजगार की स्थिति Employment Status	☐ पूर्णकालिक Full time	☐ अंशकालिक Part time	☐ स्व-रोजगार Self employed
	☐ बेरोजगार Unemployed	☐ छात्र Student	☐ सेवामुक्त Retired
रोजगार की कुल अवधि Employment Length	तिथि जब से बेरोजगार हैं/कुल अवधि (माह-दिन-वर्ष) Unemployed Date/Length (mm-dd-yyyy)	नियोक्ता का नाम Employer Name	
		क्या किसी अन्य टैक्स रिटर्न पर आपका दावा है? Are you claimed on another tax return?	
		☐ हाँ Yes	
		☐ नहीं (यदि "हाँ" तो टैक्स रिटर्न उपलब्ध कराएं।) No (If "Yes," provide tax return.)	

आश्रित (यदि 6 से अधिक आश्रित हों तो अलग पृष्ठ का उपयोग करें)
Dependents (If more than 6 dependents, use separate page)

पूरा नाम (प्रथम नाम मध्य नाम कुलनाम) Full Name (First Middle Last)	संबंध Relationship	जन्मतिथि (माह-दिन-वर्ष) Birth Date (mm-dd-yyyy)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

केवल मौंडोवी, विस्कॉन्सिन में ओकरिज़ या अल्बर्ट ली, मिनेसोटा बिहैवियरल हेल्थ में देखे जाने वाले मरीज़ों को निम्नांकित पति/पत्नी वाले खंड को भरने की जरूरत नहीं है:

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

पति/पत्नी (वित्तीय सहायता के पात्र सभी मरीज़ खातों की पहचान के लिए प्रयुक्त)
Spouse (Used to identify all patient accounts eligible for financial assistance)

वैवाहिक स्थिति Marital Status		
नाम (प्रथम नाम मध्य नाम कुलनाम) Name (First Middle Last)		जन्मतिथि (माह-दिन-वर्ष) Birth Date (mm-dd-yyyy)
रोजगार की स्थिति Employment Status	☐ पूर्णकालिक Full time	☐ अंशकालिक Part time
	☐ बेरोजगार Unemployed	☐ स्व-रोजगार Self employed
	☐ छात्र Student	☐ सेवामुक्त Retired
रोजगार की कुल अवधि Employment Length	नियोक्ता का नाम Employer Name	
	तिथि जब से बेरोजगार हैं/कुल अवधि (माह-दिन-वर्ष) Unemployed Date/Length (mm-dd-yyyy)	

वित्तीय सहायता के लिए आवेदन (जारी)

Financial Assistance Application (Hindi) (continued)

(complete fields or place patient label here)

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

प्रमाणन हस्ताक्षर Certification Signatures

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि उपरोक्त सभी सूचनाएं मेरी सर्वोत्तम जानकारी से सत्य और सही हैं। मैं समझता/समझती हूँ कि उक्त जानकारी का उपयोग मायो क्लिनिक या उससे सम्बंधी संस्था द्वारा प्रदान की गई सेवाओं के लिए भुगतान करने की मेरी क्षमता [1]सुनिश्चित करने के लिए किया जाना है और मैं मायो क्लिनिक और सभी सम्बंधी क्लीनिकों, अस्पतालों और संस्थाओं को वित्तीय सहायता सम्बंधी मेरे अनुरोध पर विचार करने के लिए आवश्यकतानुसार यह जानकारी साझा करने की अनुमति देता/देती हूँ। मैं इस माध्यम से मायो क्लिनिक, मायो क्लिनिक की सभी सम्बंधी संस्थाओं और प्रतिनिधियों या एजेंटों को इसमें निहित जानकारी की जांच करने की अनुमति देता/देती हूँ।

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.

मरीज़ या जिम्मेदार पक्ष का हस्ताक्षर Patient or Responsible Party Signature	तिथि (माह-दिन-वर्ष) Date (mm-dd-yyyy)
जिम्मेदार पक्ष बड़े अक्षरों में प्रिंटेड में नाम (प्रथम नाम मध्य नाम कुलनाम) Responsible Party Printed Name (First Middle Last)	