



재정 지원 신청서

Financial Assistance Application (Korean)

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	

서비스 지역 Service Location

지침: 신청서를 작성하고 다음 사본들을 첨부하십시오.

Instructions: Complete application and attach copies of:

- 올해 또는 전년도 세금신고서(세금이 없는 경우 W-2)
Tax return from current or prior year (or W-2 if tax not available)
 - 실업급여명세서(해당될 경우)
Unemployment statements (if applicable)
 - 급여 명세서(최근 한 달)
Pay stubs (most recent month)
- 사회보장급여, 연금, 퇴직급여(해당될 경우)
Social security, pension, retirement benefits (if applicable)
 - 은행 거래내역서(모든 계좌에 대한 최근 한 달)
Bank statements (most recent month for all accounts)

위 서류가 없을 경우, 현재의 재정 상황을 설명하는 별도의 페이지를 제출하십시오.
If the above copies are not available, provide a separate page describing your current financial situation.

위스콘신 몬도비(Mondovi)의 Oakridge 또는 알버트 리(Albert Lea)의 Minnesota Behavioral Health에서만 진료를 받는 환자는 신청서를 작성하고 다음 중 **하나의** 서류만 첨부하면 됩니다.
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:

- 전년도 W-2(또는 W-2가 제출되지 않은 경우, 4506-T 양식)
Prior year W-2 (or Form 4506-T if W-2 not filed)
- 가장 최근 두 건의 급여명세서
Two most recent pay stubs
- 고용주로부터 받은 소득 확인서
Income verification from employer

이 신청서를 작성하는 환자 또는 책임있는 당사자
Patient or Responsible Party Completing This Application

환자 성명(이름 중간이름 성) Patient Name (First Middle Last)		생년월일(월·일·연) Birth Date (mm-dd-yyyy)	
주소 Address	시 City	주 State	우편번호 ZIP Code
신청서를 작성하는 책임있는 당사자(환자가 아닌 경우) (이름 중간이름 성) Responsible Party Completing the Application (if not the Patient) (First Middle Last)		환자와의 관계(환자가 아닌 경우) Relationship to the Patient (if not the Patient)	
가구 연간 소득(소득세 신고 시 보고된 금액 기준) Household Annual Income (as reported on income tax filing)		가구 규모(환자, 배우자 및 소득세 신고 시 보고된 부양가족) Household Size (patient, spouse, and dependents as reported on income tax filing)	
전화 Phone	의료 보험 이름 및 보험 번호 Medical Insurance Name and Policy Number		
고용 상태 Employment Status	☐ 정규직 Full time ☐ 무직 Unemployed		☐ 시간제 Part time ☐ 학생 Student
	☐ 자영업 Self employed ☐ 은퇴 Retired		고용주 이름 Employer Name

재정 지원 신청서(계속)
Financial Assistance Application (Korean) (continued)

(complete fields or place patient label here)

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

근무 기간 Employment Length	실직 날짜/기간(월-일-연) Unemployed Date/Length (mm-dd-yyyy)	다른 사람의 세금신고서에 부양가족으로 올라가 있습니까? Are you claimed on another tax return? ☐ 예 ☐ 아니요 ("예"인 경우, 세금신고서에 작성하세요.) Yes No (If "Yes," provide tax return.)
----------------------------	--	---

부양가족(여섯 명보다 많은 경우, 별지를 이용하세요)
Dependents (If more than 6 dependents, use separate page)

성명(이름 중간이름 성) Full Name (First Middle Last)	관계 Relationship	생년월일(월-일-연) Birth Date (mm-dd-yyyy)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

위스콘신 몬도비(Mondovi)의 Oakridge 또는 알버트 리(Albert Lea)의 Minnesota Behavioral Health에서만 진료를 받는 환자는 다음의 배우자 섹션을 작성할 필요가 없습니다.

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

배우자(재정 지원 자격이 있는 모든 환자 계정을 식별하는 데 사용됨)
Spouse (Used to identify all patient accounts eligible for financial assistance)

결혼 상태 Marital Status			
성명(이름 중간이름 성) Name (First Middle Last)			생년월일(월-일-연) Birth Date (mm-dd-yyyy)
고용 상태 Employment Status	☐ 정규직 Full time	☐ 시간제 Part time	고용주 이름 Employer Name
	☐ 무직 Unemployed	☐ 학생 Student	
근무 기간 Employment Length	실직 날짜/기간(월-일-연) Unemployed Date/Length (mm-dd-yyyy)		

재정 지원 신청서(계속)

Financial Assistance Application (Korean) (continued)

(complete fields or place patient label here)

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

확인 서명

Certification Signatures

본인은 제공된 모든 정보가 알고 있는 한 사실이며 정확함을 확인합니다. 본인은 제공된 정보가 Mayo Clinic 또는 관련 기관에서 제공하는 서비스에 대한 본인의 지불 능력을 확인하는 데 사용될 것임을 이해하며, 이러한 정보를 본인의 재정 지원 요청을 고려하는 데 필요할 경우 Mayo Clinic 및 모든 관련 클리닉, 병원, 기관이 공유하는 것을 허락합니다. 본인은 Mayo Clinic 및 모든 Mayo Clinic 계열사, 대표자 또는 대리인이 본 문서에 포함된 정보를 조사하는 것을 허락합니다.

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.

환자 또는 책임있는 당사자 서명 Patient or Responsible Party Signature	날짜(월-일-연) Date (mm-dd-yyyy)
책임있는 당사자 정자체 성명(이름 중간이름 성) Responsible Party Printed Name (First Middle Last)	