



Candidatura a Apoio Financeiro

Financial Assistance Application (Portuguese)

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	

Localização do Serviço
Service Location

Instruções: Preencher a candidatura e anexar cópias de:

Instructions: Complete application and attach copies of:

- Reembolso do IRS do ano atual ou anterior (ou Formulário W-2 se o IRS não estiver disponível)
Tax return from current or prior year (or W-2 if tax not available)
- Declarações de situação de desemprego (se aplicável)
Unemployment statements (if applicable)
- Recibos de vencimento (do mês mais recente)
Pay stubs (most recent month)
- Segurança Social, pensão, benefícios de reforma (se aplicável)
Social security, pension, retirement benefits (if applicable)
- Declaração bancária (do mês mais recente de todas as contas)
Bank statements (most recent month for all accounts)

Se as cópias a cima não estiverem disponíveis, entregar uma página separada a descrever a sua situação financeira atual.

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

Os pacientes atendidos apenas em Oakridge em Mondovi, Wisconsin ou Albert Lea, Minnesota Behavioral Health só têm de preencher o formulário de candidatura e anexar cópias de **um** dos seguintes documentos:

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:

- Formulário W-2 do ano anterior (ou o Formulário 4506-T se o W-2 não for apresentado)
Prior year W-2 (or Form 4506-T if W-2 not filed)
- Os dois recibos de vencimento mais recentes
Two most recent pay stubs
- Verificação de rendimentos da entidade patronal
Income verification from employer

Paciente ou Representante que preenche esta candidatura

Patient or Responsible Party Completing This Application

Nome do Paciente (Primeiro Segundo Apelido) Patient Name (First Middle Last)		Data de nascimento (mm-dd-aaaa) Birth Date (mm-dd-yyyy)	
Morada Address	Cidade City	Estado State	Código postal ZIP Code
Representante que preenche esta candidatura (caso não seja o Paciente) (Primeiro Segundo Apelido) Responsible Party Completing the Application (if not the Patient) (First Middle Last)		Relação com o Paciente (caso não seja o Paciente) Relationship to the Patient (if not the Patient)	
Rendimento anual do agregado familiar (conforme consta na declaração de IRS) Household Annual Income (as reported on income tax filing)		Dimensão do agregado familiar (paciente, cônjuge e dependentes conforme consta na declaração de IRS) Household Size (patient, spouse, and dependents as reported on income tax filing)	
Contacto telefónico Phone	Nome do seguro de saúde e número da apólice Medical Insurance Name and Policy Number		

Candidatura a Apoio Financeiro (continuação)

Financial Assistance Application (Portuguese) (continued)

(complete fields or place patient label here)

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

Situação profissional Employment Status ☐ Tempo inteiro Full time ☐ Desempregado Unemployed ☐ Tempo parcial Part time ☐ Estudante Student ☐ Conta própria Self employed ☐ Reformado Retired		Nome da entidade patronal Employer Name
Duração do emprego Employment Length	Data/Duração do desemprego (mm-dd-aaaa) Unemployed Date/Length (mm-dd-yyyy)	Apresentou outra declaração de IRS? Are you claimed on another tax return? ☐ Sim Yes ☐ Não No (If "Yes," provide tax return.)

Dependentes (Se forem mais de 6 dependentes, utilizar uma página separada)
Dependents (If more than 6 dependents, use separate page)

Nome completo (Primeiro Segundo Apelido) Full Name (First Middle Last)	Relação Relationship	Data de nascimento (mm-dd-aaaa) Birth Date (mm-dd-yyyy)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Os pacientes atendidos apenas em Oakridge em Mondovi, Wisconsin ou Albert Lea, Minnesota Behavioral Health não necessitam de preencher a seguinte secção relativa ao cônjuge:
Patients seen only at Oakridge in Mondovi, Wisconsin or Albert Lea, Minnesota Behavioral Health do not need to complete the following spouse section:

Cônjuge (Utilizado para identificar todas as contas dos pacientes elegíveis para apoio financeiro)
Spouse (Used to identify all patient accounts eligible for financial assistance)

Estado civil Marital Status	
Nome (Primeiro Segundo Apelido) Name (First Middle Last)	Data de nascimento (mm-dd-aaaa) Birth Date (mm-dd-yyyy)
Situação profissional Employment Status ☐ Tempo inteiro Full time ☐ Desempregado Unemployed ☐ Tempo parcial Part time ☐ Estudante Student ☐ Conta própria Self employed ☐ Reformado Retired	Nome da entidade patronal Employer Name
Duração do emprego Employment Length	Data/Duração do desemprego (mm-dd-aaaa) Unemployed Date/Length (mm-dd-yyyy)

Candidatura a Apoio Financeiro (continuação)

Financial Assistance Application (Portuguese) (continued)

(complete fields or place patient label here)

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

Assinaturas da Certificação

Certification Signatures

Confirmo que todas as informações indicadas no presente são, de acordo com o meu conhecimento, verdadeiras e corretas. Compreendo que a informação se destina a ser utilizada para verificar a minha capacidade de pagar os serviços prestados pela Mayo Clinic ou uma entidade afiliada e que dou permissão à Mayo Clinic e a todas as clínicas, hospitais e entidades afiliadas a partilharem as informações necessárias para analisar o meu pedido de apoio financeiro. Autorizo pelo presente documento a Mayo Clinic, todos os afiliados da Mayo Clinic e os respetivos representantes ou agentes a investigarem as informações contidas no presente documento.

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.

Assinatura do Paciente ou do Representante Patient or Responsible Party Signature	Data (mm-dd-aaaa) Date (mm-dd-yyyy)
Nome em maiúsculas do Representante (Primeiro Segundo Apelido) Responsible Party Printed Name (First Middle Last)	