



Đơn đăng ký hỗ trợ tài chính

Financial Assistance Application (Vietnamese)

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	

Địa điểm cung cấp dịch vụ
Service Location

Hướng dẫn: Hoàn thành đơn đăng ký và đính kèm bản sao của:

Instructions: Complete application and attach copies of:

- Tờ khai thuế của năm nay hoặc năm trước (hoặc mẫu W-2 nếu không có tờ khai thuế)
Tax return from current or prior year (or W-2 if tax not available)
- Tờ khai thất nghiệp (nếu có)
Unemployment statements (if applicable)
- Phiếu lương (tháng gần đây nhất)
Pay stubs (most recent month)
- Phúc lợi an sinh xã hội, lương hưu, phúc lợi sau khi nghỉ hưu (nếu có)
Social security, pension, retirement benefits (if applicable)
- Bản sao kê ngân hàng (tháng gần đây nhất của tất cả các tài khoản)
Bank statements (most recent month for all accounts)

Nếu không có bản sao các giấy tờ nêu trên, hãy gửi một trang riêng mô tả tình trạng tài chính hiện tại của quý vị.
If the above copies are not available, provide a separate page describing your current financial situation.

Bệnh nhân chỉ thăm khám tại Oakridge ở Mondovi, Wisconsin hoặc Albert Lea, Minnesota Behavioral Health chỉ cần hoàn thành đơn đăng ký và đính kèm bản sao của **một** trong các tài liệu sau:
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:

- Mẫu W-2 của năm trước (hoặc Mẫu 4506-T nếu không nộp mẫu W-2)
Prior year W-2 (or Form 4506-T if W-2 not filed)
- Hai phiếu lương gần đây nhất
Two most recent pay stubs
- Giấy xác minh thu nhập từ chủ lao động
Income verification from employer

Bệnh nhân hoặc Bên phụ trách hoàn thành đơn đăng ký này
Patient or Responsible Party Completing This Application

Tên bệnh nhân (Tên, Tên đệm, Họ) Patient Name (First Middle Last)		Ngày sinh (dd-mm-yyyy) Birth Date (mm-dd-yyyy)	
Địa chỉ Address	Thành phố City	Tiểu bang State	Mã ZIP ZIP Code
Bên phụ trách hoàn thành đơn đăng ký này (nếu không phải là Bệnh nhân) (Tên, Tên đệm, Họ) Responsible Party Completing the Application (if not the Patient) (First Middle Last)		Mối quan hệ với Bệnh nhân (nếu không phải là Bệnh nhân) Relationship to the Patient (if not the Patient)	
Thu nhập hằng năm của hộ gia đình (như được khai báo trong tờ khai thuế thu nhập) Household Annual Income (as reported on income tax filing)		Số lượng thành viên trong hộ gia đình (bệnh nhân, vợ/chồng và người phụ thuộc như được khai báo trong tờ khai thuế thu nhập) Household Size (patient, spouse, and dependents as reported on income tax filing)	
Điện thoại Phone	Số hợp đồng và tên bảo hiểm y tế Medical Insurance Name and Policy Number		

Đơn đăng ký hỗ trợ tài chính (tiếp)

Financial Assistance Application (Vietnamese) (continued)

(complete fields or place patient label here)

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

Tình trạng việc làm Employment Status		Tên chủ lao động Employer Name
☐ Toàn thời gian Full time ☐ Bán thời gian Part time ☐ Thất nghiệp Unemployed ☐ Học sinh/Sinh viên Student ☐ Làm việc tự do Self employed ☐ Đã nghỉ hưu Retired		
Khoảng thời gian làm việc Employment Length	Ngày/Thời gian thất nghiệp (dd-mm-yyyy) Unemployed Date/Length (mm-dd-yyyy)	Quý vị có được kê khai trên một tờ khai thuế khác không? Are you claimed on another tax return?
		☐ Có Yes ☐ Không (Nếu “Có”, vui lòng cung cấp tờ khai thuế.) No (If “Yes,” provide tax return.)

Người phụ thuộc (Nếu có hơn 6 người phụ thuộc, vui lòng sử dụng trang riêng)

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

Tên đầy đủ (Tên, Tên đệm, Họ) Full Name (First Middle Last)	Mối quan hệ Relationship	Ngày sinh (dd-mm-yyyy) Birth Date (mm-dd-yyyy)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Bệnh nhân chỉ thăm khám tại Oakridge ở Mondovi, Wisconsin hoặc Albert Lea, Minnesota Behavioral Health không cần hoàn thành phần về vợ/chồng sau đây:

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

Vợ/chồng (Dùng để xác định tất cả tài khoản bệnh nhân đủ điều kiện được hỗ trợ tài chính)

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

Tình trạng hôn nhân Marital Status	
Tên (Tên, Tên đệm, Họ) Name (First Middle Last)	Ngày sinh (dd-mm-yyyy) Birth Date (mm-dd-yyyy)
Tình trạng việc làm Employment Status	Tên chủ lao động Employer Name
☐ Toàn thời gian Full time ☐ Bán thời gian Part time ☐ Thất nghiệp Unemployed ☐ Học sinh/Sinh viên Student ☐ Làm việc tự do Self employed ☐ Đã nghỉ hưu Retired	
Khoảng thời gian làm việc Employment Length	Ngày/Thời gian thất nghiệp (dd-mm-yyyy) Unemployed Date/Length (mm-dd-yyyy)

Đơn đăng ký hỗ trợ tài chính (tiếp)

Financial Assistance Application (Vietnamese) (continued)

(complete fields or place patient label here)

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

Chữ ký chứng nhận Certification Signatures

Tôi chứng nhận rằng toàn bộ thông tin đã kê khai đều đúng và chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng những thông tin này sẽ được dùng để xác định khả năng thanh toán các dịch vụ (do Mayo Clinic hoặc thực thể liên kết cung cấp) của tôi và tôi cho phép Mayo Clinic cùng tất cả các phòng khám, bệnh viện và thực thể liên kết chia sẻ thông tin, khi cần thiết, để xem xét yêu cầu hỗ trợ tài chính của tôi. Qua văn bản này, tôi cho phép Mayo Clinic, tất cả các thực thể liên kết của Mayo Clinic và các đại diện hoặc nhân viên của Mayo Clinic điều tra những thông tin được kê khai trong văn bản này.

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.

Chữ ký của Bệnh nhân hoặc Bên phụ trách Patient or Responsible Party Signature	Ngày (dd-mm-yyyy) Date (mm-dd-yyyy)
Tên viết in hoa của Bên phụ trách (Tên, Tên đệm, Họ) Responsible Party Printed Name (First Middle Last)	