

ФОРМА САМОДЕКЛАРАЦИИ ПРОГРАММЫ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ШКАЛЫ ОПЛАТЫ (SLIDING FEE PROGRAM SELF-DECLARATION FORM: RUSSIAN)

Имя пациента (Patient's Name):	MRN:	Дата визита (месяц/число/год) (Today's Date):
---------------------------------------	-------------	---

Если у вас нет финансовой поддержки или документов, подтверждающих ваш доход, вы можете сообщить нам об этом, заполнив данную форму.

Чтобы самостоятельно подтвердить свой доход, выберите 1 из следующих вариантов и поставьте подпись внизу.

Я подтверждаю, что у меня нет другого способа подтвердить свой доход. Это происходит потому, что:

- Я получаю зарплату наличными. Я не получаю чеков/корешков о зарплате. (*I am paid in cash. I do not get paychecks/pay stubs.*)
- Я не могу предоставить никаких доказательств дохода, поскольку ни у меня, ни у других членов моей семьи нет никаких источников дохода. (*I am unable to provide any proof of income because neither I nor any other member of my household has any source of income.*)

Я подтверждаю, что у меня нет другого способа подтвердить свой доход. Я подтверждаю, что вышеуказанная информация является правдивой и правильной, насколько мне известно. Я понимаю, что если предоставленная мною информация окажется ложной, мне будет отказано в финансовой помощи, и я буду нести ответственность за предоставленные услуги и должен буду их оплатить.

Имя пациента/опекуна (печатными буквами)
Patient/Legal Guardian Name (Print)

Отношение лица, подписывающего форму, к пациенту (Например, пациент, родитель, опекун)
(Relationship to Patient of Individual Signing Form)

Подпись пациента/опекуна
(Patient/Legal Guardian Signature)

Дата (Date)

VERIFICATION AND DETERMINATION (Office Use Only)

I certify that I asked the applicant/recipient about all the sources of income received by the household and, before using this form, used my best efforts to obtain other possible sources of documentation. The information reported on this form was provided solely by the applicant/recipient and reflects the income the applicant reported to me.

Employee's Signature: _____ Date: _____