

Я отказываюсь участвовать в программе скользящей шкалы оплаты

Дата: \_\_\_\_\_ Инициалы: \_\_\_\_\_



**ЗАЯВКА НА ПРОГРАММУ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ШКАЛЫ ОПЛАТЫ  
(SLIDING FEE DISCOUNT PROGRAM APPLICATION: RUSSIAN)**

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

Вы должны предоставить подтверждение дохода каждого взрослого члена семьи: копия последней налоговой декларации, 2 последних зарплатных чека, последние выданные W2 и т. д. Вы должны предоставить документы в течение 10 дней с момента подачи заявки.

Имя и фамилия Name:	Отношение Relationship	Возраст Age	Сумма дохода Income Amount	# Рабочих часов (в неделю) # Hours Worked (per week)	Частота оплаты Pay Frequency
	сам пациент Self				<input type="checkbox"/> В час <input type="checkbox"/> Годовой доход
					<input type="checkbox"/> В час <input type="checkbox"/> Годовой доход
					<input type="checkbox"/> В час <input type="checkbox"/> Годовой доход
					<input type="checkbox"/> В час <input type="checkbox"/> Годовой доход
					<input type="checkbox"/> В час <input type="checkbox"/> Годовой доход
					<input type="checkbox"/> В час <input type="checkbox"/> Годовой доход
					<input type="checkbox"/> В час <input type="checkbox"/> Годовой доход
					<input type="checkbox"/> В час <input type="checkbox"/> Годовой доход

**Есть ли у вас другие источники дохода, не указанные выше? Если да, укажите:**

(пособие по безработице, инвалидности, соцобеспечение, пенсии, господомощь и т. д.) \$ \_\_\_\_\_  
(в месяц)

**Общее количество человек в вашем домохозяйстве:**

(Включая вас, супруга/у, детей, родственников, на вашем иждивении, подлежащих налогообложению) \_\_\_\_\_

Настоящим я прошу медицинские центры Elica определить мое право на участие в программе скользящей шкалы оплаты на основании предоставленной мною информации. Я понимаю, что если предоставленная мною информация окажется ложной, я буду нести ответственность за все услуги в полном объеме. Подписывая данное заявление, я подтверждаю, что предоставленная выше информация является правдивой и правильной, насколько мне известно. Я понимаю, что на мне лежит ответственность за информирование медицинских центров Elica обо всех изменениях информации. В ином случае, оплата всех услуг в полном объеме будет возложена на меня.

Подпись пациента/опекуна: \_\_\_\_\_

*Patient/Legal Guardian Signature*

Дата: \_\_\_\_\_

*Date:*

**VERIFICATION AND DETERMINATION (Office Use Only)**

- Household Income verified:  Yes  No (Patient will provide)  No (Self-Declaration Form)
- If "No," Date documents due: \_\_\_\_\_ Date documents provided: \_\_\_\_\_
- SFDP Level:  Slide A ( $\leq 100\%$ )  Slide B ( $>100 - 125\%$ )  Slide C ( $>125 - 150\%$ )  
 Slide D ( $>150 - 175\%$ )  Slide E ( $>175 - 200\%$ )  Full Fee ( $> 200\%$ )
- SFDP Expires: \_\_\_\_\_

Verified by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Social Care Referral:  Yes  No Date: \_\_\_\_\_