

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

**Я отказываюсь участвовать в программе скользящей шкалы оплаты**

**Дата:** \_\_\_\_\_ **Инициалы:** \_\_\_\_\_

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 <i>Name:</i>	Отношение <i>Relationship</i>	Возраст <i>Age</i>	Сумма дохода <i>Income Amount</i>	# Рабочих часов (в неделю) <i># Hours Worked (per week)</i>	Частота оплаты <i>Pay Frequency</i>
	сам пациент <i>Self</i>				<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
					<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, госпомощь 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 мной 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:** \_\_\_\_\_ **Дата:** \_\_\_\_\_  
*Patient/Legal Guardian Signature* *Date:*

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

1. Household Income verified:  Yes  No (Patient will provide)  No (Self-Declaration Form)

2. If "No," Date documents due: \_\_\_\_\_ Date documents provided: \_\_\_\_\_

3. SFDP Level:  Slide A (≤ 100%)  Slide B (>100 - 125%)  Slide C (>125 - 150%)  
 Slide D (>150 - 175%)  Slide E (>175 - 200%)  Full Fee (> 200%)

4. SFDP Expires: \_\_\_\_\_

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

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