

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

Имя пациента: <i>Patient's Name:</i>	MRN:	Дата визита (месяц/число/год): <i>Today's Date (month/day/year)</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				☐ В час ☐ Годовой доход
					☐ В час ☐ Годовой доход
					☐ В час ☐ Годовой доход
					☐ В час ☐ Годовой доход
					☐ В час ☐ Годовой доход
					☐ В час ☐ Годовой доход
					☐ В час ☐ Годовой доход
					☐ В час ☐ Годовой доход
					☐ В час ☐ 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 Elisa 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 Elisa 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 (< 100%) ☐ Slide B (101 - 124%) ☐ Slide C (125 - 149%)
☐ Slide D (150 - 174%) ☐ Slide E (175 - 200%) ☐ Full Fee (> 200%)
- SFDP Expires: _____

Verified by: _____ Date: _____

Social Care Referral: ☐ Yes ☐ No Date: _____