"Healing with Heart" Elica Health Centers

РЕГИСТРАЦИЯ ПАЦИЕНТА
PATIENT REGISTRATION
(RUSSIAN)

Сегодняшняя дата (месяц/день/год) (Date)	**Предпочтительное имя** (Preferred Name)	
Имя (First Name)	**Фамилия** (Last Name)	
Номер социального страхования (Social Security Number)	**День рождения** (месяц/день/год) (Day of Birth)	
Домашний адрес (Home Address)		
Город (City)	**Штат** (State)	**Почтовый индекс** (Zip Code)
Номер телефона (Phone Number)	**Альтернативный номер телефона** (Alternate Phone Number)	
Адрес электронной почты (Email Address)		

Законный пол (Legal Sex) ☐ Женский (Female) ☐ Мужской (Male) ☐ Небинарный (Nonbinary) ☐ Неизвестный (Unknown) ☐ X (X)

Гендерная идентичность (Gender Identity)

☐ Женщина (Female) ☐ Мужчина (Male)
☐ Трансгендерный мужчина/транссексуал/из женщины в мужчину (Transgender Male/Trans Man/FTM)
☐ трансгендерная женщина/из мужчины в женщину (Transgender Female/Trans Woman/MTF)
☐ Небинарный/гендерквир (Non-Binary/Genderqueer)
☐ под вопросом (Questioning) ☐ два духа (Two Spirit)
☐ Другое (Other) ☐ Не хочу разглашать (Choose not to disclose)

Сексуальная ориентация (Sexual Orientation)

☐ Натурал или гетеросексуал (Straight or Heterosexual)
☐ Лесбиянка (Lesbian)
☐ Гей (Gay)
☐ Бисексуал (Bisexual)
☐ Асексуал (Asexual)
☐ Омнисексуал (Omnisexual)
☐ Пансексуал (Pansexual)
☐ Квир (Queer)
☐ Что-то еще (Something Else)
☐ Не знаю (Don't Know)
☐ Не хочу разглашать / Отказываюсь (Choose Not to Disclose / Decline)

Пол пациента при рождении (Patient's Sex Assigned at Birth) ☐ Женский (Female) ☐ Мужской (Male)
☐ Интерсекс (Intersex) ☐ Неизвестно (Unknown) ☐ Не зарегистрировано в свидетельстве о рождении (Not Recorded on Birth Certificate)
☐ Не хочу разглашать (Choose not to disclose)

Семейное положение (Marital Status) ☐ Не замужем/не женат (Single) ☐ Партнер (Partnered)
☐ Женат/замужем (Married) ☐ Разведен(а) (Divorced) ☐ Разлучен(а) (Separated) ☐ Вдовец/вдова (Widowed)

Какова ваша этническая принадлежность? (Ethnicity)

☐ Не испаноязычное, не латиноамериканское или не испанское происхождение (Not Hispanic, Latino/a or Spanish origin)
☐ Мексиканец (Mexican) ☐ Мексиканец-американец (Mexican American) ☐ Чикано (Chicano) ☐ Пуэрториканец (Puerto Rican)
☐ Кубинец (Cuban) ☐ Другие латиноамериканцы или испанцы (Other Hispanic, Latino/a or Spanish origin)
☐ Не сообщается / Не хочу разглашать этническую принадлежность (Unreported/Choose Not to Disclose Ethnicity)

Какова ваша раса или биологическое происхождение? (Отметьте все подходящие варианты) (Race or biological family background)

☐ американский индеец (American Indian) ☐ коренной житель Аляски (Alaska Native)
☐ чернокожий или афроамериканец (Black or African American) ☐ коренной гавайец (Native Hawaiian)
☐ житель других тихоокеанских островов (Other Pacific Islander) ☐ гуамец или чаморро (Guamanian or Chamorro)
☐ самоанец (Samoan) ☐ белый (White) ☐ азиат (Asian Indian) ☐ китаец (Chinese) ☐ филиппинец (Filipino)
☐ японец (Japanese) ☐ кореец (Korean) ☐ вьетнамец (Vietnamese) ☐ другой азиат (Other Asian)
☐ другая раса (Other Race) ☐ Неизвестно (Unknown) ☐ Не сообщается/Не хочу разглашать (Unreported/Choose Not to Disclose)

Контактная информация при чрезвычайных ситуациях (Emergency Contact)

Имя и Фамилия	
Номер телефона (Phone Number)	**Отношение к пациенту (Relationship to Patient)**

Контакты пациента (Patient Contacts)

Сведения о супруге, матери, отце, ухаживающем лице или опекуне: (Spouse, Mother, Father, Caregiver or Guardian info:)

Полное имя (Name) _____ **Дата рождения (DOB)** _____
Отношение к пациенту (Relationship to Patient) _____
Адрес (Address) _____ **Город (City)** _____ **Штат (State)**_____
Почтовый индекс (ZIP Code)_____
Номер телефона (Phone Number)_____

Вы хотите поделиться своей медицинской информацией? (Release Medical Information) ☐ Да (Yes) ☐ Нет (No)

Вы столкнулись с проблемой бездомности? (Homelessness Status)

☐ Да (Yes) ☐ Нет (Не бездомный) (No, Not Homeless)

☐ В настоящее время не бездомный (был за последние 12 месяцев) (Currently Not Homeless (was in the last 12 months)

Если да, выберите один (1) вариант ниже (If Yes, please choose one (1) below)

☐ Жизнь в приюте (приют для бездомных) (Living in Shelter (Homeless Shelter)) ☐ Временное жилье (Transitional Housing) ☐ Жизнь с другими (вдвоем) (Living with Others (Doubling Up)) ☐ Улица, лагерь, мост (Street, Camp, Bridge)

☐ Бездомный – неизвестный приют (Homeless Unknown Shelter) ☐ Постоянное вспомогательное жилье (Permanent Supportive Housing)

☐ Одноместный отель (Прочее) (Single Occupancy Hotel (Other)) ☐ В зоне риска бездомности (At Risk for Homelessness)

☐ В группе риска бездомности (ребёнок) (At Risk for Homelessness (Child)) ☐ В группе риска бездомности (ветеран) (At Risk for Homelessness (Veteran))

Вы мигрант/сезонный рабочий? (Migrant/Seasonal Worker Status)

☐ Мигрант (Migrant) ☐ Сезонный (Seasonal) ☐ Ни один (Neither)

Работа (Employment)

Статус занятости (Employment Status)

☐ Работа на полную ставку (Full time) ☐ Работа на частичную ставку (Part time) ☐ Безработный (Unemployed)

Нужен устный переводчик? (Обведите один вариант) (Needs interpreter?)

☐ Да (Yes) ☐ Нет (No)

Вы говорите по-английски? (Do you speak English?)

☐ Да (Yes) ☐ Нет (No)

Предпочтительный язык (My preferred language is) _____

Владение английским (обведите один вариант) (English Fluency)

☐ отлично (Excellent) ☐ очень хорошо (Very Good) ☐ хорошо (Good) ☐ плохо (Not Good) ☐ не очень хорошо (Not at All)

Предпочтительный письменный язык (Preferred Written Language)

Предпочтительный устный язык (Preferred Language Spoken)

Хотите получить помощь во время приема? (Would you like assistance during your appointment?)

☐ Да, поддержка при плохом зрении или слепоте. (Yes, support for Low Vision or Blindness.)

☐ Да, плохой слух. (Yes, Hard of hearing.)

☐ Да, помощь в обеспечении мобильности (опишите) (Yes, Mobility Assistance (please describe) _____

☐ Да, другое (опишите) (Yes, other (please describe) _____

Ветеран/военный статус (Veteran/Military Status)

☐ Да, действующая служба (Yes, Active Duty) ☐ Нет, в прошлом (No, Previous History)

Дополнительные демографические данные (Additional Demographics)

Страна происхождения (Country of origin) _____

Удостоверение/водительские права (ID/Driver License) _____

Штат (State) _____ **Дата окончания срока (Expiration Date)** _____

Страховой Поручитель (Insurance Guarantor)

☐ Для себя (Self)

☐ Для детей - имя родителя или законного опекуна (For children - name of parent or legal guardian) _____

Дата рождения (месяц/день/год) (Day of Birth (month/day/year)) _____

Адрес *(если он отличается от адреса пациента)* **(Address)** _____

Город (City) _____ **Штат(State)** _____ **Почтовый индекс (ZIP Code)** _____

Отношение к пациенту (Relationship to Patient) _____

Общее количество людей в вашей семье (вы и ваш зависимый) (Total number of people in your household (you and your dependents) _____

Каков доход вашего домохозяйства до уплаты налогов (What is your household income before taxes $) _____

☐ В месяц (Monthly) ☐ В год (Yearly) ☐ Не хочу разглашать (Choose Not to Disclose)

Какие местоимения вы используете? (What pronouns do you use?)

☐ Она/Ее (She/Her/Hers) ☐ Он/Его (He/Him/His) ☐ Они/Их (They/Them/Theirs) ☐ Ze/Hir/Hirs ☐ Ey/Em/Eirs

☐Xe/Xem/Xyrs ☐ Ve/Vir/Virs (Ve/Vir/Virs)

☐ Другое (Other) ☐ Имя пациента (Patient's Name) ☐ Неизвестно (Unknown) ☐ Отказываюсь отвечать (Decline to Answer)

Как вы хотите, чтобы мы с вами связались (How do you want us to contact you)

Предпочтительный способ связи *(обведите один вариант)* (Communication Preferences *(Circle One)*)

Как бы вы хотели, чтобы с вами связались для записи на прием (How would you like to be contacted for Appointments)	Телефон (Phone)	СМС (Text)	Эл. Почта (Email)	Почта (Mail)
Проблемы с выставлением счетов (Billing Issues)	Телефон (Phone)	СМС (Text)	Эл. Почта (Email)	Почта (Mail)
Медицинские вопросы/результаты (Healthcare Questions / Results)	Телефон (Phone)	СМС (Text)	Эл. Почта (Email)	Почта (Mail)
Сообщения от провайдера/врач (Messages from your provider)	Телефон (Phone)	СМС (Text)	Эл. Почта (Email)	Почта (Mail)

Страховка (Insurance)

Идентификационный номер участника программы Medicare (Medicare Member ID Number) _____

Дата вступления в силу (Effective Date) _____

Идентификационный номер участника программы Medicaid (Medicaid Member ID Number) _____

Дата вступления в силу (Effective Date) _____

1. **Дайте регистратору свою страховую карту и удостоверение личности CA, чтобы скопировать для вашей таблицы (Give receptionist your insurance card and CA ID to copy for your chart)**
2. **Подайте федеральную заявку на уровень бедности и подтверждение дохода для получения программы скидок (если вы платите за обслуживание в клинике) (Turn in Federal poverty level application and proof of income for sliding scale (if self-pay))**
3. **Регистратор отсканирует ваши документы в вашу карту (Receptionist will scan your documents into your chart)**

Название страховки (Anthem, Aetna, HealthNet, и т. д.) (Insurance Name (Anthem, Aetna, HealthNet, etc.)_____

Идентификатор страхового члена (Insurance Member ID)

_____

Имя подписчика/члена на карточке (Subscriber / Member Name on Card)_____

Дата рождения страхуемого лица (Subscriber DOB)_____

Дата вступления в силу (Effective Date) _____

Информация о страховой группе: (Insurance Group Info)

- ☐ Nivano
- ☐ River City Medical Group
- ☐ Partnership Health
- ☐ Hill Physicians
- ☐ Molina
- ☐ Прочее (Other)_____
  (Название группы, т. е. Wellspace, One Community, CHCN, Kaiser ит.д.)

Под угрозой лжесвидетельства заявляю, что вышеизложенная информация, насколько мне известно, соответствует действительности и является правильной.
(I declare under penalty of perjury that the above information is true and correct to the best of my knowledge.)

ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА (PATIENT SIGNATURE) **ДАТА (DATE)**

Согласия и подтверждения

Лечение. Я даю согласие на лечение, которое будет предоставляться медицинскими работниками Elica Health Centers (EHC), а также их помощниками и другими сотрудниками. Насколько я понимаю, клиника подготовит и будет вести мою медицинскую карту и что я имею право получить копию своей медицинской карты, подписав форму разрешения на медицинскую карту, предоставленную клиникой для этой цели. **Инициалы:** _____

Студенты/резиденты. Я понимаю, что EHC участвует в обучении студентов в области здравоохранения. Я могу отказаться от их участия в моем обслуживании в любой момент. **Инициалы:** _____

Телемедицина. Я даю согласие на получение медицинской помощи по телефону, на телемедицинском портале или портале для пациентов, когда это необходимо по медицинским показаниям и клинически целесообразно для обмена медицинской информацией между мной и провайдером или между одним провайдером и другим провайдером. **Инициалы:** _____

Назначение пособий. Я разрешаю выплату непосредственно EHC пособий, которые в противном случае выплачиваются мне, но такие выплаты не должны превышать стандартную стоимость EHC за эту услугу. Я понимаю, что я несу финансовую ответственность перед EHC за любые расходы, не покрытые моей страховкой, включая остаток моих расходов после применения любой скидки. **Инициалы:** _____

Финансовое соглашение. Я соглашаюсь оплачивать все расходы, которые не подлежат оплате страховкой или третьей стороной. Я соглашаюсь соблюдать положения и условия Политики EHC в отношении расходов. Организация Elica Health Centers не является бесплатной клиникой, и неспособность выполнить ваши финансовые обязательства перед нами или согласиться с графиком платежей может привести к отказу в предоставлении вам наших услуг по финансовой причине. В соответствии с Политикой взыскания EHC, организация EHC может прекратить свои отношения с любым пациентом, который не соблюдает настоящее финансовое соглашение. **Инициалы:** _____

Свободный выбор аптеки пациентом (в соответствии с требованиями Министерства здравоохранения и социальных служб, Управления ресурсов и услуг США (HRSA) и штата Калифорния). Настоящим я признаю, что я свободен в выборе аптеки. Любая факсимильная или электронная передача моих рецептов должна осуществляться в аптеку или диспансер, который я выберу. Если я имею право на лекарства через бесплатную или дисконтную аптечную программу, я буду направлен(а) в конкретный диспансер или аптеку. Клиника Elica предлагает бесплатные лекарства или лекарства со скидкой в определенных аптеках, работающих по контракту. Если я решу не пользоваться услугами аптеки, с которой заключен контракт, я могу получить этот рецепт в другой аптеке по цене без скидки. **Инициалы:** _____

Уведомление о порядке использования личной информации. Подписывая эту форму, я подтверждаю получение Уведомления о порядке использования личной информации клиники. **Инициалы:** _____

Действительность согласия. Я понимаю, что это согласие будет действительным до тех пор, пока я являюсь пациентом или законным опекуном пациента Elica Health Centers. Я имею право отозвать свое согласие в любое время. Если я решу это сделать, я обязуюсь предоставить такой отзыв в клинику в письменном виде. Отзыв согласия будет применяться только после его получения, а не в отношении какой-либо информации, на которую я ранее дал(а) согласие. **Инициалы:** _____

Фотографии. Я даю согласие на то, чтобы были сделаны фотографии меня или моего ребенка (или лица, для которого я являюсь законным опекуном). Я понимаю, что информация будет использоваться только для моей медицинской карты в целях идентификации. **Инициалы:** _____

Центры здоровья Elica являются частью организации медицинского обслуживания, включающей участников OCHIN. В настоящее время список участников OCHIN доступен на сайте www.ochin.org.В качестве делового партнера медицинских центров Elica, OCHIN также занимается оценкой и улучшением качества от имени своих участников. Например, OCHIN координирует клинические обзоры от имени участвующих организаций, чтобы установить стандарты передовой практики и получить доступ к клиническим преимуществам, которые могут быть получены в результате использования систем электронных медицинских карт. OCHIN также помогает участникам работать совместно, чтобы улучшить управление внутренними и внешними направлениями пациентов. Ваша медицинская информация может быть передана клиниками здоровья Elica Health Centers другим участникам OCHIN, когда это необходимо для целей работы организации здравоохранения. **Инициалы:** _____

Открытые платежи. База данных открытых платежей — это федеральный инструмент, используемый для поиска платежей, осуществляемых компаниями по производству лекарств и устройств врачам и учебным больницам. Ее можно найти по адресу https://openpaymentsdata.cms.gov. **Инициалы:** _____

ПОДПИСЫВАЯСЬ НИЖЕ, Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ИНФОРМАЦИЯ, ПРЕДСТАВЛЕННАЯ В РЕГИСТРАЦИОННОЙ ФОРМЕ ПАЦИЕНТА, ЯВЛЯЕТСЯ ДОСТОВЕРНОЙ И ПРАВИЛЬНОЙ, НАСКОЛЬКО МНЕ ИЗВЕСТНО, И ЧТО Я ПРОЧИТАЛ(А) РАЗДЕЛ СОГЛАСИЯ, ПОНЯЛ(А) И ПРИНИМАЮ ЕГО УСЛОВИЯ.

_____
Имя пациента печатными буквами

_____
Отношение к пациенту лица, подписывающего форму
(например, пациент, родитель, опекун)

_____
Подпись пациента/опекуна

_____
Дата

_____
Свидетель (сотрудник клиники)
(Witness/Translator Signature)

_____
Дата

"Healing with Heart"
Elica Health Centers

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ ОТ 0 ДО 12 ЛЕТ
(PEDIATRIC HEALTH HISTORY AGES 0-12)

Имя и фамилия пациента **(Patient Name)**	**MRN:**	**Сегодняшняя дата** (месяц/день/год) (**Today's Date** (month/day/year)
Дата рождения (месяц/день/год) **Date of Birth** (month/day/year)		

АЛЛЕРГИЯ НА КАКИЕ-ЛИБО ЛЕКАРСТВА, ПРОДУКТЫ ПИТАНИЯ ИЛИ ДРУГИЕ ВЕЩЕСТВА? (ALLERGIES TO ANY MEDICATIONS, FOOD OR OTHER SUBSTANCES?)

Аллергия на (Allergic to):	**Реакция (Allergic to):**	**Степень тяжести реакции (Severity of Reaction):**
	☐ Анафилактическая реакция (Anaphylaxis) ☐ Крапивница (Hives) ☐ Сыпь (Rash) ☐ Отечность (Swelling) ☐ Тошнота/рвота (Nausea/ vomiting) ☐ Другое (Other):_____	☐ Низкая (Low) ☐ Средняя (Medium) ☐ Высокая (High)
	☐ Анафилактическая реакция (Anaphylaxis) ☐ Крапивница (Hives) ☐ Сыпь (Rash) ☐ Отечность (Swelling) ☐ Тошнота/рвота (Nausea/ vomiting) ☐ Другое (Other):_____	☐ Низкая (Low) ☐ Средняя (Medium) ☐ Высокая (High)
	☐ Анафилактическая реакция (Anaphylaxis) ☐ Крапивница (Hives) ☐ Сыпь (Rash) ☐ Отечность (Swelling) ☐ Тошнота/рвота (Nausea/ vomiting) ☐ Другое (Other):_____	☐ Низкая (Low) ☐ Средняя (Medium) ☐ Высокая (High)

МЕДИЦИНСКИЙ АНАМНЕЗ (Отметьте все применимые заболевания и состояния здоровья)
(MEDICAL HISTORY (Check all diseases and medical conditions that apply))

☐ Медицинский анамнез отсутствует (No Past Medical History)

☐ Насилие во взрослом возрасте (жертва) (No Past Medical History)	☐ Астма (Asthma)	☐ Депрессия (Depression)	☐ Сердечная недостаточность (Heart Failure)	☐ Заболевание печени (Liver disease)	☐ Серповидноклеточная анемия (Sickle cell anemia)
☐ Насилие в детском возрасте (жертва) (Abuse as a child (victim))	☐ Переливание крови (Blood Transfusion)	☐ Сахарный диабет (Diabetes mellitus)	☐ Шум в сердце (Heart murmur)	☐ Менингит (Meningitis)	☐ Язва желудка (Stomach ulcers)
☐ Аллергии (Allergies)	☐ Рак (Cancer)	☐ Эмфизема/ХОБЛ (Emphysema/COPD)	☐ ВИЧ/СПИД (HIV/AIDS)	☐ Инфаркт миокарда (Myocardial infarction)	☐ Инсульт (Stroke)
☐ Анемия (Anemia)	☐ Катаракта (Cataracts)	☐ ГЭРБ (GERD)	☐ Гиперлипидемия (Hyperlipidemia)	☐ Заболевание нервов/мышц (Nerve/Muscle disease)	Злоупотребление алкоголем или наркотическими средствами (Substance abuse)
☐ Тревожность (Anxiety)	☐ Нарушение свертывания крови (Clotting disorder)	☐ Глаукома (Glaucoma)	☐ Гипертензия (Hypertension)	☐ Остеопороз (Osteoporosis)	☐ Туберкулез (TB disease)
☐ Артрит / заболевание суставов (Arthritis / Joint disorder)	☐ ХОБЛ (COPD)	☐ Заболевание сердца (Heart disease)	☐ Заболевание почек (Kidney disease)	☐ Эпилептические припадки (Seizures)	☐ Заболевание щитовидной железы (Thyroid disease)

☐ Другое, пожалуйобъясните (Other, please explain):

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ОПЕРАЦИИ (SURGICAL HISTORY)

☐ Операции ранее не проводились (No Past Surgical History)

☐ Удаление аппендицита (Appendectomy)	☐ Косметическая хирургия (Cosmetic surgery)	☐ Операция на тонком кишечнике (Small intestine surgery)
☐ Операция на мозге (Brain surgery)	☐ Офтальмологическая операция (Eye surgery)	☐ Операция на позвоночнике (Spine surgery)

☐ Операция на молочной железе (Breast surgery)	☐ Операция при переломе (Fracture surgery)	☐ Удаление третьего моляра (Third Molar Extraction)
☐ АКШ (CABG)	☐ Пластика грыжи (Hernia repair)	☐ Тонзиллэктомия (Tonsillectomy)
☐ Холецистэктомия (Cholecystectomy)	☐ Замена сустава (Joint replacement)	☐ Замена клапана (Valve replacement)
☐ Операция на толстой кишке (Colon surgery)	☐ Операция на простате (Prostate surgery)	☐ Вазэктомия (Vasectomy)
☐ Другое, пожалуйобъясните (Other, please explain:):		

СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ (отметьте все применимые заболевания и состояния): (Family History)

		Не известно о проблемах (No Known Problems)	Употребление алкоголя/наркотиков (Alcohol/Drug Use)	Аллергии (Allergies)	Болезнь Альцгеймера (Alzheimer's Disease)	Анемия (Anemia)	Аутоиммунное заболевание (Autoimmune Disease)	Рак молочной железы (Breast Cancer)	Рак толстой кишки (Colon Cancer)	Рак (Cancer)	Депрессия (Depression)	Диабет (Diabetes)	Инфаркт миокарда (Heart Attack)	Высокий уровень холестерина (High Cholesterol)	Гипертензия (Hypertension)	Заболевание почек (Kidney Disease)	Заболевание печени (Liver Disease)	Заболевание легких (Lung Disease)	Инсульт (Stroke)	Внезапная смерть (Sudden Death)	Самоубийство (Suicide)	Заболевание щитовидной железы (Thyroid Disease)	Проблемы со зрением (Vision Problems)	Другое (Other)
Степень родства (Relationship)	**Имя и фамилия (Name)**																							
Мать (Mother)																								
Отец (Father)																								
Сестра (Sister)																								
Брат (Brother)																								
Дочь (Daughter)																								
Сын (Son)																								
Тетя по материнской линии (Maternal Aunt)																								
Дядя по материнской линии (Maternal Uncle)																								
Тетя по отцовской линии (Paternal Aunt)																								
Дядя по отцовской линии (Paternal Uncle)																								
Бабушка по материнской линии (Maternal Grandmother)																								
Дедушка по материнской линии (Maternal Grandfather)																								
Бабушка по отцовской линии (Paternal Grandmother)																								
Дедушка по отцовской линии (Paternal Grandfather)																								
Другое (Other)																								

УКАЖИТЕ ЛЮБОЙ ДРУГОЙ СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ НИЖЕ:
(LIST ANY OTHER FAMILY MEDICAL HISTORY BELOW)

Болезнь или медицинская проблема: (Disease or medical problem)	**Член семьи:** (Family member)

Заполните для детей в возрасте от 8 до 12 лет: краткий скрининг SCARED (Ответы в отношении детей)

Я очень сильно пугаюсь без причины:
(I get really frightened for no reason at all)

☐ Совсем нет или практически никогда (Not true or Hardly ever true) ☐ В какой-то мере или иногда (Somewhat True or Sometimes True) ☐ Всегда или часто (Very True or Often True)

Я боюсь находиться один (-а) дома:
(I am afraid to be alone in the house)

☐ Совсем нет или практически никогда (Not true or Hardly ever true) ☐ В какой-то мере или иногда (Somewhat True or Sometimes True) ☐ Всегда или часто (Very True or Often True)

Люди говорят мне, что я слишком много беспокоюсь:
(People tell me that I worry too much)

☐ Совсем нет или практически никогда (Not true or Hardly ever true) ☐ В какой-то мере или иногда (Somewhat True or Sometimes True) ☐ Всегда или часто (Very True or Often True)

Я боюсь ходить в школу:
(I am scared to go to school)

☐ Совсем нет или практически никогда (Not true or Hardly ever true) ☐ В какой-то мере или иногда (Somewhat True or Sometimes True) ☐ Всегда или часто (Very True or Often True)

Я стесняюсь:
(I am shy)

☐ Совсем нет или практически никогда (Not true or Hardly ever true) ☐ В какой-то мере или иногда (Somewhat True or Sometimes True) ☐ Очень верно или часто верно (Very True or Often True)

ОЦЕНКА РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ
(TB RISK ASSESSMENT)

Недавний близкий или продолжительный контакт с лицами, инфицированными туберкулезом (Recent close or prolonged contact with someone with infectious TB disease)	☐ Да (Yes)	☐ Нет (No)
Уроженец (-ка) мест с высокой распространенностью или недавнее путешествие в такие регионы (см. список стран в боковой части схемы) (Born in or recent traveler to high prevalence area (see flowsheet sidebar for country list)) (Born in or recent traveler to high prevalence area (see flowsheet sidebar for country list))	☐ Да (Yes)	☐ Нет (No)
Рентгенограммы грудной клетки показывают фиброзные изменения, указывающие на ранее перенесенный туберкулез или его неактивное состояние (Chest radiographs with fibrotic changes suggesting inactive or past TB)	☐ Да (Yes)	☐ Нет (No)
ВИЧ-инфекция (HIV infection)	☐ Да (Yes)	☐ Нет (No)
Получатель органа при трансплантации (Organ transplant recipient)	☐ Да (Yes)	☐ Нет (No)
Иммунодепрессия после применения преднизона (эквивалент > или □ 15 мг/сут в течение > или □ 1 месяца) или других иммунодепрессантов, таких как ингибиторы ФНО (Immunosuppression secondary to use of prednisone (equivalent of > or = to 15mg/day for >or = 1 month) or other immunosuppressive medication such as TNF -o antagonist)	☐ Да (Yes)	☐ Нет (No)
Лицо, употребляющее инъекционные наркотики (Injection drug user)	☐ Да (Yes)	☐ Нет (No)
Постоянно проживающее лицо или сотрудник в месте скопления лиц с высоким риском (например, тюрьма, учреждение долгосрочного ухода, больница, приют для бездомных) (Resident or employee of high-risk congregate setting (e.g., prison, long-term care facility, hospital, homeless shelter))	☐ Да (Yes)	☐ Нет (No)
Состояние здоровья, связанное с риском прогрессирования туберкулеза в случае инфицирования ним (например, сахарный диабет, силикоз, рак в области головы или шеи, болезнь Ходжкина, лейкемия и заболевание почек терминальной стадии, шунтирование тонкой кишки или гастрэктомия, синдром хронической мальзабсорбции, низкая масса тела (ниже более чем на 10% от идеальной для данной популяции) (Medical condition associated with risk of progressing to TB disease if infected (e.g., diabetes mellitus, silicosis, cancer if head or neck, Hodgkin's Disease, leukemia, and end-stage renal disease, intestinal bypass or gastrectomy, chronic malabsorption syndrome, low body weight (10% or more below ideal for given population))	☐ Да (Yes)	☐ Нет (No)

Признаки/симптомы туберкулеза (Signs/Symptoms of TB)

☐ Повышенная температура тела (Persistent fever)
☐ Затяжной кашель (Cough lasting)
☐ Необъяснимая потеря веса (Unexplained weight loss)

☐ Потеря аппетита (Loss of appetite) ☐ Постоянная потливость (Persistent Sweats) ☐ Хроническая усталость (Chronic fatigue)
☐ Озноб (Chills) ☐ Откашливание крови (Coughing up blood) ☐ Одышка (Shortness of breath) ☐ Боль в груди (Chest pain)
☐ Отсутствуют (None)

СОЦИАЛЬНЫЙ АНАМНЕЗ (ПОДГОТОВКА): Для родителя или опекуна (SOCIAL HISTORY (PRAPARE): For Parent or Caregiver)

Насколько трудно вам оплачивать самые базовые потребности, например, продукты питания, жилье, отопление, медицинское обслуживание и лекарства? (How hard is it for you to pay for the very basics like food, housing, heating, medical care, and medications?)

☐ Совсем не трудно (Not hard at all) ☐ Немного трудно (Somewhat hard) ☐ Очень трудно (Very hard) ☐ Не желаю отвечать (Decline)

Какова ваша ситуация с жильем на сегодня? (What is your living situation today?)

☐ У меня есть постоянное место жительства (I have a steady place to live)

☐ У меня сегодня есть место для проживания, но я беспокоюсь о том, что могу его потерять в будущем (I have a place to live today, but I am worried about losing it in the future)

☐ У меня нет постоянного места для проживания (я временно останавливаюсь у других людей, в отеле, приюте, живу на улице, на пляже, в машине.) (I do not have a steady place to live (I am temporarily staying with others, in a hotel, in a shelter, living outside on the streets, on the beach, in the car..))

☐ Не желаю отвечать (Decline)

Не повлияло ли отсутствие транспортных средств за последние 12 месяцев на возможность посещения вами медицинских приемов, встреч, работы или получения повседневных вещей?
(In the past 12 months, has lack of transportation kept you from medical appointments, meeting, work or from getting things needed for daily living?)

☐ Да, это помешало мне в посещении медицинских приемов или получении лекарств (Yes, it has kept me from medical appointments or getting medications)

☐ Да, это помешало мне в посещении не-медицинских встреч, приемов, работы или получении необходимых мне вещей. (Yes, it has kept me from non-medical meetings, appointments, work, or getting things that I need)

☐ Нет (No)

☐ Не желаю отвечать (Declined)

Как часто вы встречаетесь или разговариваете с людьми, которые вам не безразличны и с которыми вы ощущаете близость? (Например: разговариваете с друзьями по телефону, посещаете друзей или членов семьи, посещаете церковь или собрания в клубе)
(How often do you see or talk to people that you care about and feel close to? (For example: talking to friends in the phone, visiting friends or family, going to church or club meetings)

☐ Менее одного раза в неделю (Less than once a week) ☐ 1-2 раза в неделю (1-2 times a week) ☐ 3-5 раз в неделю (3-5 times a week)
☐ 5 и более раз в неделю 5 (5 or more times a week) ☐ Не желаю отвечать (Decline)

Ощущаете ли вы в последние дни стресс? (Do you feel these kinds of stress these days?)
☐ Ни в малейшей степени (Not at all) ☐ Совсем немного (A little bit) ☐ В некоторой степени (Somewhat)
☐ ☐ В значительной степени (Quite a bit) ☐ Очень сильно (Very much) ☐ Не желаю отвечать (Decline)

Работаете ли вы в настоящее время? (Are you currently employed?) ☐ Да (Yes) ☐ Нет (No) ☐ Не желаю отвечать (Decline)

Требуется ли вам помощь касательно любого из вышеперечисленных пунктов? (Would you like assistance with any of the above items?) ☐ Да (Yes) ☐ Нет (No)

Вид помощи (Type of assistance): ☐ Письменная информация (Written information) ☐ Свяжитесь со мной (Contact me)

В чем вам требуется помощь? (What do you want help with?)
☐ Медицинская грамотность (Health Literacy) ☐ Образование (Education) ☐ Финансовые трудности (Financial Strain) ☐ Жилье (Housing)
☐ Продукты питания (Food) ☐ Транспорт (Transportation) ☐ Коммунальные услуги (Utilities) ☐ Физическая активность (Physical Activities)
☐ Стресс (Stress) ☐ Одиночество (Isolation) ☐ Отношения (Relationship) ☐ Трудоустройство (Employment)

ПРИЕМ ЛЕКАРСТВ (MEDICATION)

(Укажите все принимаемые на данный момент лекарства: рецептурные и безрецептурные препараты, витамины и ингаляторы, а также укажите их дозировку). (List all current medications: prescribed, over-the-counter drugs, vitamins & inhalers and the dosage)

Лекарства (Medication)	Дозировка (Dosage)	Частота прием (Frequency)

НАХОДИТЕСЬ ЛИ ВЫ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПОД НАБЛЮДЕНИЕМ КАКИХ-ЛИБО ДРУГИХ ВРАЧЕЙ ИЛИ СПЕЦИАЛИСТОВ? (УКАЖИТЕ ВСЕХ ПРИМЕНИМЫХ ЛИЦ НИЖЕ)
Помощник врача: Заполните форму согласия на раскрытие медицинских записей для всех перечисленных ниже поставщиков медицинских услуг и добавьте из в медицинскую команду (Care Team) в Epic

(ARE YOU CURRENTLY UNDER THE CARE OF ANY OTHER PHYSICIANS OR SPECIALISTS?)
(LIST ALL BELOW)
Physician Assistant: Complete a Consent to Disclosure of Medical Records form for all health care providers listed below and add them to the Care Team in Epic

Имя и фамилия врача/название практики (Physician/Practice Name)	**Специальность (Physician/Practice Name)**	**Адрес (Address)**	**Телефон (Phone)**

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ (DENTAL HISTORY)

1. Возникали ли у вас проблемы с предыдущим стоматологическим лечением? (Have you had problems with prior dental treatment?)	☐ Да (Yes)	☐ Нет (No)
2. Дата последнего стоматологического осмотра: (Date of last dental exam)		
3. Проводили ли вам когда-либо медикаментозную подготовку перед стоматологическим лечением? Если да, почему? (Have you ever been pre-medicated for dental treatment? If yes, why?)	☐ Да (Yes)	☐ Нет (No)
4. Принимали ли вы бисфосфонаты? (Have you taken bisphosphonates?)	☐ Да (Yes)	☐ Нет (No)

АЛЛЕРГИИ И РЕАКЦИИ (ALLERGIES AND REACTIONS)

Есть ли у вас аллергия на латекс? Если да, объясните, какая возникает реакция. (Are you allergic to Latex? If yes, please explain the reaction.)	☐ Да (Yes)	☐ Нет (No)
Есть ли у вас аллергия на местные анестетики? Если да, объясните, какая возникает реакция. (Are you allergic to local anesthetic? If yes, please explain the reaction.)	☐ Да (Yes)	☐ Нет (No)
Есть ли у вас аллергия на закись азота? Если да, объясните, какая возникает реакция. (Are you allergic to Nitrous oxide? If yes, please explain the reaction.)	☐ Да (Yes)	☐ Нет (No)

Имя и фамилия пациента/законного опекуна (Patient / Legal Guardian Name)

Степень родства с пациентом, указанная в форме индивидуальной подписи
(например: пациент, родитель, опекун)
(**Relationship to patient of Individual Signing Form**
(example: patient, parent, guardian)

Подпись пациента/законного опекуна (Patient / Legal Guardian Signature)

Дата (Date)

КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ

Elica Health Centers (EHC) хочет сделать все возможное, чтобы защитить вашу личную медицинскую информацию. Сообщите EHC о том, как вы хотите поделиться информацией (HIPAA Authorization - Разрешение HIPAA). Эта анкета поможет нам узнать, какой информацией мы можем делиться с людьми из вашего окружения. Врачи из сферы психиатрии не сообщают/не будут сообщать пациентам об их лечении или уходе по электронной почте и/или с помощью текстовых сообщений.

Информация о пациенте			
Фамилия	**Имя**	**Второе имя**	**Дата рождения:**
Родитель/Опекун/Представитель #1 (если применимо):		**Родитель/Опекун/Представитель #2 (если применимо):**	

Сообщения: какой тип коммуникации вы предпочитаете и о чем мы можем вам сообщать			
	Тел.	**СМС**	**Email/Portal**
Все из предложенного	☐	☐	☐
Сообщения о здоровье (результаты тестов, анализов)	☐	☐	☐
Напоминания о визите	☐	☐	☐
Новости (о здравоохранении, новых программах)	☐	☐	☐
Информация о счетах	☐	☐	☐

Кто: с кем мы можем делиться/раскрывать информацию. Каждый блок - для разных людей.

Персона #1		Персона #2	
Имя:		**Имя:**	
Отношение:		**Отношение:**	
☐ Мы можем сообщить этому человеку всю вашу медицинскую информацию. **ИЛИ** ☐ Мы можем предоставить ему записи сегодняшнего визита. ☐ Мы можем предоставить персоне результаты ваших тестов.		☐ Мы можем сообщить этому человеку всю вашу медицинскую информацию. **ИЛИ** ☐ Мы можем предоставить ему записи сегодняшнего визита. ☐ Мы можем предоставить персоне результаты ваших тестов.	
Для офиса		**Для офиса**	
Effective Date:	Updated by:	Effective Date:	Updated by:
Revoke Date:	Updated by:	Revoke Date:	Updated by:

Персона #3		Персона #4	
Имя:		**Имя:**	
Отношение:		**Отношение:**	
☐ Мы можем сообщить этому человеку всю вашу медицинскую информацию. **ИЛИ** ☐ Мы можем предоставить ему записи сегодняшнего визита. ☐ Мы можем предоставить персоне результаты ваших тестов.		☐ Мы можем сообщить этому человеку всю вашу медицинскую информацию. **ИЛИ** ☐ Мы можем предоставить ему записи сегодняшнего визита. ☐ Мы можем предоставить персоне результаты ваших тестов.	
Для офиса		**Для офиса**	
Effective Date:	Updated by:	Effective Date:	Updated by:
Revoke Date:	Updated by:	Revoke Date:	Updated by:

☐ **Я хочу, чтобы НИКТО и НИ С КЕМ не делился информацией обо мне.**

Подписывая эту форму, я подтверждаю получение уведомления Клиники о **правилах соблюдения конфиденциальности** и уполномочиваю медицинские центры Elica предоставлять информацию о моем здоровье перечисленным лицам, как указано выше.

Имя пациента _____

Отношение к подписавшему форму (например, пациент, родитель, опекун). _____

Подпись пациента/опекуна _____

Дата _____

Свидетель (сотрудник клиники) _____

Дата _____

Программа оплаты со скользящей шкалой скидок

Elica Health Centers Sliding Fee Discount Program

В Elica Health Centers мы предлагаем оплату со скользящей шкалой скидок, позволяющую сделать наши услуги более доступными для всех пациентов.

- Если вы уже участвуете в программах государственного пособия по нетрудоспособности (Social Security Disability Income, SSDI) или временного пособия для нуждающихся семей (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) или в любой другой программе государственного пособия, вы можете соответствовать требованиям для участия в программе оплаты со скользящей шкалой скидок.

К скользящей шкале скидок применяются следующие критерии, основанные на текущих федеральных директивах в отношении прожиточного минимума (Federal Poverty Guidelines, FPG):

- Вы должны заполнить заявление на обратной стороне и затем подать повторное заявление через шесть месяцев или при возникновении изменений в вашем домохозяйстве или доходе, в зависимости от того, что наступит первым.
- Вы должны предоставить подтверждение дохода в соответствии с инструкциями, приведенными в заявлении.
  При самостоятельном декларировании дохода пациент имеет право только на один прием, но его можно изменить в течение десяти дней после приема.
- Если вы соответствуете требованиям для участия в Medi-Cal, обратитесь к нам за дополнительной информацией. Мы также будем рады предоставить вам такие ресурсы:
  - Оценка соответствия требования для полного охвата Medi-Cal
  - Помощь в подаче формы MC-13 PRUCOL
  - Предоставление контактной информации Отдела социальной помощи (Department of Human Assistance) или помощь в планировании приема в рамках программы Sacramento Covered
  - Предоставление информации и оценка предельных значений дохода для Medi-Cal или других программ.
  - Предоставление и поиск информации о программах (например, в отношении онкологии, диабета), если пациент не соответствует требованиям для какой-либо страховки.
- Утверждение заявления основывается на размере домохозяйства и его совокупном доходе.
- Ожидается, что во время оказания услуги участники оплатят свою долю оплаты со скидкой.
- Пациенты также могут организовать регулярные выплаты до тех пор, пока остаток не будет оплачен.
  - Плата за сегодняшние услуги будет отображать приведенную ниже скользящую шкалу скидок. Если вы соответствуете требованиям для участия в оплате со скользящей шкалой, это будет номинальная плата, и никакие другие расходы не будут предъявляться к оплате.
  - Приемлемыми источниками оплаты являются:
    1. Наличные
    2. Кредитные карты (VISA, MasterCard). Чеки не принимаются.

Если у вас есть вопросы, свяжитесь с сотрудником одного из центров EHC или позвоните по номеру (916) 454-2345.

ЗАЯВЛЕНИЕ НА СООТВЕТСТВИЕ ТРЕБОВАНИЯМ ДЛЯ УЧАСТИЯ В ПРОГРАММЕ ОПЛАТЫ ПО СКОЛЬЗЯЩЕЙ ШКАЛЕ
(APPLICATION FOR SLIDING FEE PROGRAM ELIGIBILITY)

1. Вы подавали заявку на получение помощи Medi-Cal, и вам было ОТКАЗАНО в выплате в течение последних 60 дней? ❒ Да ❒ Нет
   (Have you applied for Medi-Cal, and been DENIED benefits within the last 60 days? Yes / No)

1. Общее количество иждивенцев, проживающих в вашей семье (включая себя/супруга, детей и любых облагаемых налогом родственников-иждивенцев, проживающих с вами: _____
   (Total Number of dependents living in your household (include yourself/spouse, children and any taxable dependent relatives living with you:))

Вы должны предоставить подтверждение дохода для каждого взрослого члена семьи, примеры, которые приведены ниже: копию последней налоговой декларации, двух наиболее актуальных квитанций о выплате заработной платы или квитанций W2, квитанций о выплате алиментов на ребенка, выписки с документами социального страхования, квитанций о нетрудоспособности/квитанциях о компенсации работников, письмо с поддержкой и т. д. Пожалуйста, обратитесь за помощью в определении приемлемого подтверждения дохода. ***Если вы не предоставите достаточную подтверждающую документацию в течение 10 дней, это приведет к возврату вашего заявления и задержке в его утверждении.***

Имя и фамилия пациента: _____ Дата рождения: _____

Адрес: _____

					Только для внутреннего использования (For Internal Use Only)	
Имя и фамилия (Name)	Степень родства (Relationship)	Дата рождения (Date of Birth)	Сумма дохода (Income Amount)	Форма дохода (Income Type)	Дата получения (Date Received)	Тип документации (Type of Documentation)
	Я сам (а) (self)			❒ Почасовая оплата ❒ Месячная зарплата ❒ Годовой доход		
				❒ Почасовая оплата ❒ Месячная зарплата ❒ Годовой доход		
				❒ Почасовая оплата ❒ Месячная зарплата ❒ Годовой доход		
				❒ Почасовая оплата ❒ Месячная зарплата ❒ Годовой доход		
				❒ Почасовая оплата ❒ Месячная зарплата ❒ Годовой доход		
				❒ Почасовая оплата ❒ Месячная зарплата ❒ Годовой доход		
				❒ Почасовая оплата ❒ Месячная зарплата ❒ Годовой доход		

Настоящим я прошу Elica Health Center определить мое соответствие требованиям для участия в программе оплаты со скользящей шкалой скидок, исходя из предоставленной мной информации. Я понимаю, что представленная мной информация о доходе и размере моей семьи подлежит проверке. Я также понимаю, что если будет установлено, что представленная мной ранее информация является ложной, я буду нести ответственность за все услуги по их полной стоимости. Подписывая данное заявление, я подтверждаю, что, насколько мне известно, приведенная выше информация правдива и верна. Я понимаю, что я обязан (-а) информировать Elica Health Centers обо всех изменениях в моей страховой информации, и в случае невыполнения этого, я буду обязан (-а) оплатить все оказанные мне услуги в полном объеме.

Подпись: _____ Дата: _____

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

1. Monthly income verification attached: Yes/No (Initial Self-Declaration)
2. Slide Effective Date: _____
3. Qualified fee reduction: ❒ ≤100% ❒ 101-125 % ❒ 126-150 % ❒ 151-175 % ❒ 176-200 % ❒≥200 %
4. Length of reduction: ❒ 1st Visit ❒ 6 months

Verification and determination by: _____ Date: _____

ГРАФИК ОПЛАТЫ СО СКОЛЬЗЯЩЕЙ ШКАЛОЙ СКИДОК НА 2023 ГОД

Elica Health Centers: график оплаты со скользящей шкалой скидок			Скользящая шкала оплаты: (На основе Федерального регистра за 2023 год — Директивы по определению порога бедности)			
Категории скидки	**Категория A**	**Категория B**	**Категория C**	**Категория D**	**Категория E**	**Полная цена**
% от федерального уровня бедности	**Не выше 100 % (FPG)**	**>100 - 125 %**	**>125 - 150 %**	**>150 - 175%**	**>175 - 200 %**	**> 200 %**
Медицинское / поведенческое здоровье	**Номинальная плата**	**Плата со скидкой**				**Полная цена**
Посещение по системе «все включено» (1)	**$25**	**$35**	**$45**	**$55**	**$65**	
Внутренние диагностические лаборатории (2)	**$5**	**$6**	**$7**	**$8**	**$9**	
Направление на лабораторные исследования (3)	**$30**	**$31**	**$32**	**$33**	**$34**	
Плановые мероприятия и другие специальные пункты (см. схему ниже) (4)	**см. № 4 ниже**					
Стоматологическая программа	**Номинальная плата**	**Плата со скидкой**				**Полная цена**
Посещение по системе «все включено»: диагностические, профилактические мероприятия, периодонтальный уход и неотложные ситуации (1)	**$25**	**$35**	**$45**	**$55**	**$65**	
Оплата основной части / комплексная оплата услуг специалистов: мосты, коронки, зубные протезы и корневые каналы (5)	**$25**	**$35**	**$45**	**$55**	**$65**	
Оплата основной части / комплексная оплата: лаборатория/оборудование (5)	**см. схему ниже**					

1. Посещения по программе «все включено» включают профессиональное обслуживание и все медицинские товары повседневного назначения, инъекционные препараты и вакцинацию.
2. Внутренние лабораторные исследования — это медико-диагностические лабораторные исследования, проводимые в нашем учреждении.
3. Направления на лабораторные исследования — это направление в медико-диагностические лаборатории, которые находятся за пределами программы Quest Diagnostics или другими проверочными лабораториями.
4. Плановые мероприятия и другие специальные пункты по специальным ценам (исходя из фактической стоимости):

Депо-Провера $45	Другие ВМ средства $600
BMC Liletta $105	Night guards $95

5. Оплата основной части / комплексная оплата стоматологических услуг включают комплексные услуги, требующие планирования лечения, специальных лабораторных исследования и/или оборудования, и часто включают два или более приема у стоматолога. Пациенты, которым были предложены эти услуги, могут лично встретиться с планировщиком ухода (Treatment Planner) Elica, который объяснит процедуру и предоставит консультации по финансовым вопросам. Ожидается, что пациент заплатит 50 % перед проведением назначенного лабораторного исследования или запланированной процедуры, а оставшаяся сумма будет указана в плане оплаты. См. схему ниже

Пациент оплатит услуги специалиста со скидкой за каждый визит плюс одноразовый сбор согласно этой схеме:

Основная услуга	**Категория A**	**Категория B**	**Категория C**	**Категория D**	**Категория E**	
Корневой канал (для каждого канала)	**$175**	**$200**	**$225**	**$250**	**$275**	**Полная цена**
Коронка/мост (за единицу)	**$150**	**$170**	**$190**	**$210**	**$230**	
Полносъемный протез (за дугу)	**$400**	**$450**	**$500**	**$550**	**$600**	
Частично съемный зубной протез (за дугу)	**$450**	**$500**	**$550**	**$600**	**$650**	

Имя пациента: _____
(Patient Name)
Дата рождения: _____
(Date of Birth)
MRN: _____
Дата подачи заявления:
(Date of Application) _____

ФОРМА САМОДЕКЛАРИРОВАНИЯ

Я , _____, настоящим подтверждаю, что

❒ **Вариант 1: Наличный доход (Option 1: Cash Income)**

Я не могу предоставить подтверждение дохода в связи с характером моей работы. Я подтверждаю, что

Я получаю в _____ день (час / неделю / месяц / другое (hour / week / month / other): _____).
(в долларах) (dollars) (выберите один из вышеуказанных вариантов) (please choose one of the above options)

❒ **Вариант 2: Письмо о поддержке (Option 2: Letter of support)**

Получаю в _____месяц от _____(_____)
(в долларах) (dollars) (имя и фамилия лица, оказывающего поддержку) (supporter's name) (степень родства) (relationship)

❒ **Вариант 3: Отсутствие дохода (Option 3: No Income)**

Ни я, ни кто-либо из других членов моего домохозяйства не имеют какого-либо источника дохода.

❒ **Вариант 4: Не применимо (Option 4: Not Applicable)**

Я могу предоставить подтверждение дохода, поэтому вышеуказанные варианты ко мне не применяются.

Подписываясь ниже, я соглашаюсь с тем, что, насколько мне известно, предоставленная выше информация является правдивой и верной. Я понимаю, что я обязан (-а) сообщать Elica Health Centers обо всех изменениях, касающихся моего дохода и поддержки.

_____	_____
Подпись пациента/представителя (Patient / Representative Signature)	Дата (Date)
_____	_____
Печатными буквами (Print Name)	Степень родства с пациентом (Relationship to Patient)