

درخواست برنامه تخفیف خدمات صحتی بر اساس درآمد

(SLIDING FEE DISCOUNT PROGRAM APPLICATION (DARI))

Patient's Name: اسم مریض	MRN: نمبر ریکارد طبی	Today's Date (month/day/year) تاریخ امروز (ماه/ روز/ سال)
---------------------------------	-----------------------------	---

شما باید برای هر عضو بالغ خانواده مدرک درآمد ارائه دهید. مثلاً: یک کپی از آخرین تکس های مالیاتی، دو چیک اخیر، آخرین W2 ها، و غیره. شما باید اسناد را ظرف 10 روز از تاریخ درخواست خود ارسال کنید

Name	اسم	Relationship	Age	Income Amount	# Hours Worked (per week)	Pay Frequency
		رابطه	سن و سال	مقدار درآمد	تعداد ساعات کار در هفته	تناوب پرداخت
		self				☐ دستمزد ساعتی ☐ درآمد سالانه
						☐ دستمزد ساعتی ☐ درآمد سالانه
						☐ دستمزد ساعتی ☐ درآمد سالانه
						☐ دستمزد ساعتی ☐ درآمد سالانه
						☐ دستمزد ساعتی ☐ درآمد سالانه
						☐ دستمزد ساعتی ☐ درآمد سالانه
						☐ دستمزد ساعتی ☐ درآمد سالانه
						☐ دستمزد ساعتی ☐ درآمد سالانه
						☐ دستمزد ساعتی ☐ درآمد سالانه

آیا منبع درآمد دیگری دارید که در بالا ذکر نشده است؟ اگر بله، لطفا ارائه دهید

پول بیکاری، بیمه از عدم قابلیت کار/جبران خسارت کارگران، تامین اجتماعی (سوشل سکوریتی)، تقاعد، کمک های عمومی و غیره

\$ _____

(ماهانه)

Total Number of People in Your Household:

تعداد افراد خانواده شما

(Include yourself/spouse, children, and any taxable dependent relatives living with you)

(شامل خود/همسر، فرزندان و هر بستگان وابسته مشمول مالیاتی که با شما زندگی می کنند)

بدینوسیله از مراکز درمانی الیکا درخواست می کنم که واجد شرایط بودن من برای برنامه هزینه کشویی را بر اساس اطلاعاتی که ارائه کرده ام تعیین کنند. همچنین می دانم که اگر معلوماتی که ارائه می دهم نادرست باشد، مسئولیت تمام خدمات را با هزینه کامل بر عهده خواهم داشت. در امضای این برنامه، تأیید می کنم که معلومات ارائه شده در بالا تا جایی که می دانم درست و صحیح است. من درک می کنم که این مسئولیت من است که تمام تغییرات در اطلاعات بیمه خود را به مراکز درمانی الیکا اطلاع دهم. در صورت عدم انجام این کار، پرداخت کامل تمام خدمات به عهده من خواهد بود

_____ تاریخ:
Date

_____ امضای بیمار/سرپرست قانونی:
Patient/Legal Guardian Signature

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: _____