

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
		خودم self				<input type="checkbox"/> دستمزد ساعتی <input type="checkbox"/> درآمد سالانه
						<input type="checkbox"/> دستمزد ساعتی <input type="checkbox"/> درآمد سالانه
						<input type="checkbox"/> دستمزد ساعتی <input type="checkbox"/> درآمد سالانه
						<input type="checkbox"/> دستمزد ساعتی <input type="checkbox"/> درآمد سالانه
						<input type="checkbox"/> دستمزد ساعتی <input type="checkbox"/> درآمد سالانه
						<input type="checkbox"/> دستمزد ساعتی <input type="checkbox"/> درآمد سالانه
						<input type="checkbox"/> دستمزد ساعتی <input type="checkbox"/> درآمد سالانه
						<input type="checkbox"/> دستمزد ساعتی <input type="checkbox"/> درآمد سالانه
						<input type="checkbox"/> دستمزد ساعتی <input type="checkbox"/> 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:
 (Include yourself/spouse, children, and any taxable dependent relatives living with you)

تعداد افراد خانواده شما

(شامل خود/همسر، فرزندان و هر بستگان وابسته مشمول مالیاتی که با شما زندگی می کنند)
 بدینوسیله از مراکز درمانی الیکا درخواست می‌کنم که واجد شرایط بودن من برای برنامه هزینه کشویی را بر اساس اطلاعاتی که ارائه کرده‌ام تعیین کنند. همچنین می‌دانم که اگر معلوماتی که ارائه می‌دهم نادرست باشد، مسئولیت تمام خدمات را با هزینه کامل بر عهده خواهم داشت. در امضای این برنامه، تأیید می‌کنم که معلومات ارائه شده در بالا تا جایی که می‌دانم درست و صحیح است. من درک می‌کنم 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 ($\leq 100\%$) 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: _____