

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

من از اشتراک در برنامه فیس تخفیفی خودداری می‌کنم حروف اول نام: _____ تاریخ: _____

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 رابطه	Age سن و سال	Income Amount مقدار درآمد	# Hours Worked (per week) تعداد ساعات کار در هفته	Pay Frequency تناوب پرداخت
		self خودم				<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)

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: _____