FIRST FLIGHT HEALTH CENTERS

ПРАВООСНОВАНИЕ X

ЗАЯВЛЕНИЕ НА УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ ОПЛАТЫ СО СКОЛЬЗЯЩЕЙ ШКАЛОЙ СКИДОК

Имя, фамилия пациента_____ Дата рождения_____

Имя, фамилия заявителя (если это не пациент)_____ Кем приходится пациенту_____

Улица_____ Город_____ Штат_____

Почтовый индекс_____ Телефон_____ Альтернативный или сотовый телефон_____

Предоставьте следующую информацию **всем ближайшим родственникам в вашей нуклеарной семье, проживающим вместе с вами.** Для целей оказания помощи **нуклеарная семья** определяется как пациент, супруг(а) пациента и все дети пациента младше 18 лет (родные или приемные), проживающие вместе с пациентом, или те, **за кого вы несете юридическую ответственность**.

Имя, фамилия	Кем приходится пациенту	Годовой/месячный или недельный *ДОХОД*	Сумма без учета налогов

Общее число членов семьи_____

Общее число детей, не проживающих в семье, на которых выплачиваются алименты_____

Документы, подтверждающие отсутствие доходов: Если вы заявляете, что ваш доходе равен $0, объясните ниже, как вы выживаете без средств к существованию._____

_____

Своей подписью *ниже* я удостоверяю, **что мой годовой доход равен $0**

Подпись пациента_____ Свидетель со стороны FFHC _____

***Приемлемые формы подтверждения дохода (последние)*:** два чека/платежных квитанций, налоговая декларация или форма W-2, документ на государственное пособие или социальное обеспечение, пособие на ребенка, алименты, пособие по безработице, банковские выписки, удостоверительное письмо службы медицинской помощи или отдела социальных служб. (**Включите ВЕСЬ доход**)

Я понимаю, что я должен (-на) обновить эту информацию в случае изменения моей финансовой ситуации, и что новую заявку на получение скидки необходимо заполнять не реже одного раза в двенадцать (12) месяцев. Я получил (-а) информацию, объясняющую условия программы, и я понимаю и соглашаюсь соблюдать эти условия. Я понимаю, что если я пациент, оплачивающий лечение из собственных средств, **я отвечаю за внесение не менее $30 в качестве оплаты каждого врачебного приема, если только я не соответствую критериям для уровня 100%-ной скидки.** Если на моем счете остается невыплаченный остаток после применения предоставляемого мне размера скидки, я соглашаюсь согласовать оплату и соблюдать условия. Я понимаю, что если я не смогу произвести оплату в каком-либо месяце, я должен (-на) обратиться в отдел приема платежей до даты срока оплаты, чтобы обсудить необходимость изменить условия и порядок оплаты.

Подтверждение: я подтверждаю, что вышеуказанная информация о размере семьи и доходе верна**. Я понимаю, что документация, подтверждающая мое финансовое положение, требуется для утверждения моей скидки, и что я должен (-на) предоставить эту информацию в течение 30 дней или до моего следующего визита, если эта дата раньше.**

_____ _____ _____

Имя, фамилия пациента (печатными буквами) Подпись пациента или гаранта Дата подписания

НЕ подписывайте эту страницу, если хотите, чтобы вашу кандидатуру рассматривали на получение скидки. Если вы поставите подпись ниже, другая сторона этой формы становится недействительна.

ОТКАЗ ОТ ПРАВА:

В настоящее время я решаю не подавать заявку на участие в программе оплаты со скользящей шкалой скидок. Я отказываюсь от своего права на любую скидку, на которую мог (-ла) бы претендовать в ином случае. Я понимаю, что во время получения услуги я буду нести ответственность за полную оплату всех расходов.

Имя, фамилия пациента (печатными буквами)	Подпись пациента или гаранта	Дата