

Place Patient/Client Label Here

**SLIDING FEE SCALE APPLICATION
(RUSSIAN)**

Вы можете иметь право на участие в нашей программе дисконт карточки. Чтобы подать заявку, заполните информацию и подпишитесь ниже. Вся информация для этой добровольной программы является конфиденциальной.

Пожалуйста, перечислите всех зависимых людей, проживающих в вашей семье (включая себя/супруга, детей и всех зависимых родственников):

				Только использование персонала STAFF USE ONLY		
Имя	Отношения	Дата рождения	Доход	Frequency Paid Check how often patient is paid		Total Monthly Income
1. Сам (Self)				<input type="checkbox"/> Weekly x 4.330 <input type="checkbox"/> Biweekly x 2.167	<input type="checkbox"/> 2x month x 2.00 <input type="checkbox"/> Monthly x 1.0 <input type="checkbox"/> Annually x 0.08333	
2.				<input type="checkbox"/> Weekly x 4.330 <input type="checkbox"/> Biweekly x 2.167	<input type="checkbox"/> 2x month x 2.00 <input type="checkbox"/> Monthly x 1.0 <input type="checkbox"/> Annually x 0.08333	
3.				<input type="checkbox"/> Weekly x 4.330 <input type="checkbox"/> Biweekly x 2.167	<input type="checkbox"/> 2x month x 2.00 <input type="checkbox"/> Monthly x 1.0 <input type="checkbox"/> Annually x 0.08333	
4.				<input type="checkbox"/> Weekly x 4.330 <input type="checkbox"/> Biweekly x 2.167	<input type="checkbox"/> 2x month x 2.00 <input type="checkbox"/> Monthly x 1.0 <input type="checkbox"/> Annually x 0.08333	
5.				<input type="checkbox"/> Weekly x 4.330 <input type="checkbox"/> Biweekly x 2.167	<input type="checkbox"/> 2x month x 2.00 <input type="checkbox"/> Monthly x 1.0 <input type="checkbox"/> Annually x 0.08333	
Total Gross Monthly Income for Household						
Total Household Size						

ВАЖНО: ПРИЛОЖИТЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВО ДОХОДА К ЭТОЙ ФОРМЕ

Я знаю, что предоставление ложной информации будет означать что я не буду получать скидки. Я также знаю, что мне придется платить за полную плату и не буду иметь право на программу дисконт карточки. Я знаю, что только потому что я обращаюсь за скидкой, не означает что я получу скидку. Я также знаю, что если я не скажу CCHC+OLE о каких-либо изменениях в том, сколько денег я делаю или количество людей в доме, CCHC+OLE может немедленно забрать любые скидки.

Подписывая эту форму, я понимаю, что заявленный доход действителен только в течение 30 дней с даты подписания (один раз в год), и если не будет предоставлено подтверждение дохода, я буду нести ответственность за полную стоимость услуг, предоставленных после этой даты. ** Настоящий документ действителен в течение 1 года с момента подписания.

_____ **Подпись**

_____ **Дата**

Если пациент не может предоставить справку о доходах, см. раздел «Самоотчет» на следующей странице.

Только использование персонала/STAFF USE ONLY

Scan completed application into patient's chart

Staff Name: _____

Application Date: ___/___/___ Expiration Date: ___/___/___

Patient qualifies for SFS discount (circle): Yes No If "Yes" qualifies for SFS category (circle): A B C D E F