

Đơn đăng ký áp dụng thang tính phí theo mức thu nhập

Để đáp ứng các yêu cầu về trợ cấp của Liên bang, chúng tôi phải thu thập thông tin thu nhập đối với tất cả bệnh nhân. Để đủ điều kiện áp dụng thang tính phí theo mức thu nhập (đối với bệnh nhân không có bảo hiểm và những bệnh nhân có bảo hiểm không thể thanh toán hết toàn bộ các dịch vụ), quý vị phải điền thông tin bên dưới.

Mức thu nhập này cấp dưỡng cho bao nhiêu người? _____

Sử dụng số người trong gia đình quý vị sống trong cùng một hộ gia đình và chia sẻ thu nhập, thực phẩm và/hoặc tiền thuê nhà. Những người đó bao gồm quý vị, vợ/chồng của quý vị và/hoặc bất kỳ người phụ thuộc nào. Vui lòng liệt kê những người quý vị đã nêu:

TÊN	MỐI QUAN HỆ VỚI QUÝ VỊ	TÊN	MỐI QUAN HỆ VỚI QUÝ VỊ
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Có bao nhiêu thu nhập gộp HÀNG THÁNG của hộ gia đình quý vị thu được từ:

Công ăn việc làm	_____	Khuyết tật	_____
Thất nghiệp	_____	Quỹ hưu trí	_____
An sinh xã hội	_____	Trợ cấp cựu chiến binh	_____
Trợ cấp dành cho vợ/chồng	_____	Viện trợ của Chính phủ	_____
Học bổng/tài trợ	_____	Trợ cấp nhà ở	_____
Các khoản phân bổ cho gia đình quân nhân	_____	Khác	_____

TỔNG THU NHẬP HÀNG THÁNG \$ _____

Theo những gì tôi biết, những thông tin được cung cấp là đúng và chính xác. Tôi cho phép Community Health Care xác minh thông tin về tình hình tài chính của tôi.

☐ Tôi từ chối tiết lộ thông tin thu nhập của mình vào thời điểm này. Tôi hiểu rằng khi làm như vậy, tôi không đủ điều kiện nhận bất kỳ khoản giảm giá nào, ngay cả khi bảo hiểm của tôi từ chối thanh toán.

_____	_____	_____
Tên bệnh nhân hoặc bố mẹ/người giám hộ	Chữ ký của bệnh nhân hoặc bố mẹ/người giám hộ	Ngày

Ngày sinh của bệnh nhân hoặc bố mẹ/người giám hộ		

For Office Use Only:

Annual Income \$ _____	# in Household _____	Sliding Scale Level _____	Initials _____
------------------------	----------------------	---------------------------	----------------

Application for Sliding Fee January 2025 025-75 V