

### Заявление на Предоставление Гибких Условий Выплат

Для того, чтобы соответствовать требованиям наших Федеральных грантов, мы должны собрать информацию о доходе у всех пациентов. Для того, чтобы соответствовать условиям гибких выплат (для пациентов, не имеющих страховки, и для тех, чья страховка может не оплатить все услуги), вы должны предоставить информацию, которая запрашивается ниже.

Если у Вас нет страховки, Вы также должны встретиться с нашим сотрудником, чтобы определить, соответствуете ли Вы условиям получения страховки до Вашего второго визита.

Сколько людей живут на этот доход? \_\_\_\_\_

Укажите количество людей в Вашей семье, которые живут в том же доме, делят тот же доход, пищу и аренду. Это количество включает Вас, Вашего супруга, и/или любых иждивенцев. Пожалуйста, перечислите людей, которых Вы включили:

Имя	Степень Родства с Вами	Имя	Степень Родства с Вами
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Какая сумма ежемесячного дохода в Вашей семье образуется в результате:**

Работы	_____	Получения Пособия по Нетрудоспособности	_____
Получения Пособия по Безработице	_____	Получения Средств из Пенсионных Фондов	_____
Получения Социального Страхования	_____	Получения выплат, предоставляемым ветеранам	_____
Поддержки Супруга	_____	Получения Социальной Помощи	_____
Получения Стипендии/Грантов	_____	Получения Пособия на Жилье	_____
Получения Военных Отчислений на Семью	_____	Прочего	_____
Полный месячный доход	\$ _____		

Насколько мне известно, предоставленная информация правдивая и правильная. Я даю разрешение Офису Общественного Здравоохранения проверить информацию по моему финансовому статусу. Я понимаю, что я должен (на) предоставить подтверждение этой информации к моему следующему визиту, или в течение 30 дней (что случится раньше), для того, чтобы соответствовать шкале гибких выплат. Если эта информация не будет получена, то тогда мне будет выставлена полная сумма к оплате за визит.

Имя Пациента	Подпись Пациента	Дата
Дата рождения	Подпись Родителя/Опекуна (если к Вам это относится)	Дата

For Office Use Only:			
Annual Income \$ _____	# in Household _____	Sliding Scale Level _____	Initials _____

## Уведомление о соответствии критериям страхования

Клиника: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

Фамилия пациента: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_

- Пациент не соответствовал критериям страхования (заявил о согласии на оплату по скользящей ставке в формуляре заявки, изменение даты истечения срока скользящей ставки на 1 год с момента подписания)
- Заявка пациента на страхование находится в процессе рассмотрения (пациент заполняет/будет заполнять документы с помощником по страховке; согласилась/согласился на оплату по скользящей ставке в форме декларации на аппликации; срок скользящей ставки истекает через 1 месяц от даты заявления до определения соответствующих критериям); этот срок может быть продлен на ещё 1 месяц если если страхование еще в процессе ожидания)
- Пациент соответствовал критериям, но предпочел не заключать договор страхования или встретится с помощником по страховке (пациент должен предоставить доказательства дохода: корешки чеков за прошлый месяц, налоговую декларацию или другую утвержденную форму дохода)

***Я подтверждаю, что мне было предложено застраховаться, но я отказался.***

Подпись пациента: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

- Пациент в настоящее время имеет страховку или имеет право и теперь имеет страховку (согласие на оплату по скользящей ставке в формуляре заявки, изменение даты истечения срока скользящей ставки на 1 год с момента подписания)
- Не в состоянии зарегистрировать пациента; пропущенная открытая регистрация, нет права на Особый Регистрационный Период (пациент должен принести доказательство дохода)
- Пациент не заявился или отменил приём с помощником по страховке (пациент должен принести доказательство дохода)

Подпись сотрудника: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

*Форма отсканирована и вложена в историю болезни пациента.*