

ለጤና እንክብካቤ ለመመዘገብ እገዛ ይፈልጋሉ?

አርሊንግተን ክሊኒክ
ህክምና/የጥርስ ህክምና/መድሃኒት ቤት
326 S. Stillaguamish Ave., Arlington, WA 98223
(360) 572-5400

ኤድሞንድስ ክሊኒክ
ህክምና/የጥርስ ህክምና/መድሃኒት ቤት
23320 Hwy. 99, Edmonds, WA 98026
(425) 640-5500

ኤቨሪት-ሴንትራል ክሊኒክ
የህክምና ተቀዳሚ እንክብካቤ እና እግረ-መንገድ
4201 Rucker Ave, Everett, WA 98203
(425) 382-4000

ኤቨሪት-ኮሌጅ ክሊኒክ
የህክምና ተቀዳሚ እንክብካቤ
930 North Broadway, Everett, WA 98201
(425) 595-3900

ኤቨሪት-ኖርዝ ክሊኒክ
ህክምና/የጥርስ ህክምና/መድሃኒት ቤት
1424 Broadway, Everett, WA 98201
(425) 789-2000

ኤቨሪት-ሳውዝ ክሊኒክ
ህክምና/የጥርስ ህክምና/መድሃኒት ቤት
1019 112th St. SW, Everett, WA 98204
(425) 551-6200

ሊንውድ ክሊኒክ
የህክምና ቀዳሚ እንክብካቤ እና እግረ-መንገድ/የጥርስ
ህክምና/መድሃኒት ቤት
4111 194th St. SW, Lynnwood, WA 98036
(425) 835-5200

*ሁሉም የ CHC የጥርስ ህክምና ክሊኒኮች የእግረ-መንገድ አገልግሎቶች ይሰጣሉ።

www.CHCsno.org

(425) 789-3789 • TTY ማስተላለፊያ፣ ይደውሉ 711



ለወረደ ክፍያ ቅናሽ ማመልከቻ

ቅጹን ሙሉ በሙሉ ይሙሉ፣ አጠቃላይ የቤተሰብ (የራስዎን እና በቅርብ ግብርዎ ወቅት የገቡ ጥገኞች) ገቢ የሚደግፍ ሰነድ ጋር ባለፉት 30 ቀናት ውስጥ ከገብኝትዎ ቀን ጀምሮ ያሉትን።

የአገልግሎት ቀን፡- _____

የማስገቢያ የመጨረሻ ቀን፡- _____

አስፈላጊ ደጋፊ ሰነዶች፡-

- ለወረደ የክፍያ ቅናሽ ማመልከቻ ሁሉም የቤተሰብ አባልት (በቅርብ ግብርዎ ወቅት የገቡ ጥገኞች) በማመልከቻው ላይ የተካተቱበት።
- የተስተካከለ አጠቃላይ ገቢን ለማረጋገጥ ያለፈው አመት ግብር።
- የቤተሰብ ገቢ ማረጋገጫ ቅጽ እና የገቢ ማረጋገጫ ማንኛውም ከሚከተሉት የሚመለከተው ከሆነ፡-
 - መጨረሻ ግብርዎን ከሞሉ በኋላ ገቢዎ ተለውጧል።
 - ግብር አላስመዘገቡም።

ማመልከቻ ያልተሟላ ወይም የቀረ ደጋፊ ሰነድ ካለ ተመላሽ ይሆናል እና ተሟልቶ እንደገና ካልገባ እንደተቀበልነው አይቆጠርም።

ርህራሄ። ተመጣጣኝ። ተደራሽ።

የክፍያ ቅናሽ ማመልከቻ

ከታች ያለውን መረጃ ለመሙላት እገዛ ካስፈለገዎ እባክዎ የታካሚ ብቁነት እና ምዝገባ ልዩ ባለሙያ ያነጋግሩ።

ደረጃ አንድ:- የአመልካች መረጃ

የአመልካች ስም:- _____ የትውልድ ቀን:- _____ ስልክ ቁጥር:- _____

አድራሻ:- _____ ጎዳና _____ አጋር _____ ከተማ _____ ግዛት _____ ዚፕ ኮድ _____

ግብር ዶሴ ሁኔታ:- _____ የተስተካከለ አጠቃላይ ገቢ:- _____ የማህበራዊ ዋስትና ቁጥር ወይም የግብር መለያ ቁጥር:- _____

ደረጃ ሁለት:-

የጤና መድሃኒቅ የህክምና ወይም የጥርስ ህክምና መድሃኒቅ አለዎት?
 አዎ አይ
 አዎ ከሆነ፣ ምንድን ነው የእርስዎ፣ የአቅድ ስም(ሞች)፡-

እቅድ #:- _____

ደረጃ ሶስት:- ከአጋር-አመልካች ወይም ጥገኞች ጋር የሚያመለክቱ ከሆነ ብቻ።

ጥገኛ(ኞች)	ዝምድና	የትውልድ ቀን	የማህበራዊ ዋስትና ወይም የግብር መለያ ቁጥር	IRS ግብር ዶሴ ሁኔታ	የተስተካከለ አጠቃላይ ገቢ
አንድ አጋር-አመልካች ወይም ጥገኛ ማሟላት ይገባል የሚከተለውን ብቁ ለመሆን፡- ማህበረሰብ ወይም ባል፣ ወንድ ልጅ፣ ሴት ልጅ፣ የአንጅራ ልጅ፣ የማደገ ልጅ፣ ወንድም፣ እህት፣ ወንድም-በግማሽ፣ እህት-በግማሽ፣ የአንጅራ ወንድም፣ የአንጅራ እህት፣ ወይም የእነርሱ ማናቸውም ተወላጅ። ህጻን ከሆነ፣ መሆን አለበት (a) በአመቱ መጨረሻ ከ 19 አመት በታች፣ (b) በአመቱ መጨረሻ ከ 24 አመት በታች፣ ተማሪ ከሆነ/ች፣ ወይም (c) ማንኛውም እድሜ፣ ጥገኛ የአካል ጉዳተኛ ከሆነ/ች።			NF ዶሴ-ያላስገባ (የግብር ዶሴ አላስገባም) MFJ የተጋቡ በጋራ የሚያስገቡ MFS የተጋቡ በተናጠል የሚያስገቡ SGL ላጠ HH የቤተሰብ ሃላፊ Dep ጥገኛ	በቀደመው የግብር አመት የተገለጸ የተስተካከለ አጠቃላይ ገቢ። ግብር ካላስገቡ የቤተሰብ ገቢ CHC ማረጋገጫ መሙላት ይኖርብዎታል - PA ከ 201B።	
ምሳሌ:- ጄን ስሚገብ	ህጻን	ወወ/ ቀቀ/ 9999	123-45-6789	Dep	\$0

ደረጃ አራት:- እኔ እስከማውቀው ድረስ፣ የተሰጠው መረጃ እውነት እና ትክክል ነው። እኔ ለ Community Health Center of Snohomish County የእኔን የገንዘብ ሁኔታ እንዲያጣራ ፈቃዴን ሰጥቻለሁ። እኔ ለወረደ ክፍያ ቅናሽ ብቁ ለመሆን ጉባኝት በተደረገ ባለት 30 ቀናት ውስጥ ይህ መረጃ እና ሁሉም ደጋፊ ሰነዶች መሰጠት እንዳለባቸው ተረድቻለሁ። ይህ መረጃ ካለቀረብኩ፣ በቀጣይ የጉባኝቱን ሙሉ ወጪ ሃላፊነት እንደምወስድ ተረድቻለሁ።

አመልካች/የዋስ ፈርማ የዛሬው ቀን

ለውስጥ ጠቀሜታ ብቻ፡- የገኙት ክሊኒክ:- _____ CHC ስራተኛ ስም (በጽሑፍ):- _____ NG #: _____ A#: _____

የተረጋገጠ አመታዊ ገቢ:- \$ _____ # በቤተሰብ ውስጥ:- _____ የመቀነሻ ተመን:- _____ ምስክር ወረቀት ማደሻ ቀን:- _____

የገቢ ማረጋገጫ:- IRS PA ከ 201B ሌላ (ይገለጽ):- _____ PEES ወይም የሂሳብ ተቀባይ ሰራተኛ ስም እና ፈርማ:- _____