

건강 관리를 위해 가입하는 데 도움이
필요하십니까?

ARLINGTON CLINIC

의료/치과/약국

326 S. Stillaguamish Ave., Arlington, WA 98223
(360) 572-5400

EDMONDS CLINIC

의료/치과/약국

23320 Hwy. 99, Edmonds, WA 98026
(425) 640-5500

EVERETT-CENTRAL CLINIC

의료 1차 진료 및 워크인

4201 Rucker Ave, Everett, WA 98203
(425) 382-4000

EVERETT-COLLEGE CLINIC

의료 1차 진료

930 North Broadway, Everett, WA 98201
(425) 595-3900

EVERETT-NORTH CLINIC

의료/치과/약국

1424 Broadway, Everett, WA 98201
(425) 789-2000

EVERETT-SOUTH CLINIC

의료/치과/약국

1019 112th St. SW, Everett, WA 98204
(425) 551-6200

LYNNWOOD CLINIC

의료 1차 진료 및 워크인/치과/약국

4111 194th St. SW, Lynnwood, WA 98036
(425) 835-5200

*모든 CHC 치과 클리닉에서 워크인
서비스를 제공합니다.

www.CHCsno.org

(425) 789-3789 • TTY 릴레이, 711 번으로 전화



차등 수수료(Sliding Fee)

할인 신청서

방문 날짜 **30일** 이내에 총 가구(귀하 및 최근 세금에서
청구된 본인과 부양 가족) 소득에 대한 증빙 서류를
참조하여 이 양식을 모두 작성하십시오.

서비스 날짜: _____

최종 제출 날짜: _____

필요한 증빙 서류:

- 모든 가구원(최근 세금에서 청구된 부양 가족)이
포함된 차등 수수료 할인 신청서
- 조정 총소득을 확인하기 위한 작년 세금 사본.
- 만약 다음 중 하나라도 해당되는 경우 가계
소득 확인 양식 및 소득 증명:
 - 마지막으로 세금을 신고한 후 소득이
변경됨.
 - 세금을 신고하지 않음.

신청서가 불완전하거나 증빙 서류가 누락된 경우,
신청서가 반송되고 완료된 신청서로 다시 제출하기
전까지는 접수된 것으로 간주되지 않습니다.

온정. 저렴. 액세스 가능.

수수료 할인 신청

아래 정보를 작성하는 데 도움이 필요하다면 환자 자격 및 등록 전문가를 참조하십시오.

1단계: 신청자 정보

신청자 이름: _____ 생년월일: _____ 전화번호: _____

주소: _____ 거리 _____ 아파트 _____ 시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

세금 신고 상태: _____ 조정 총 소득: _____ 사회 보장 번호 또는 세금 ID 번호: _____

2단계:

건강 보험 의료
보험이나 치과 보험에
가입되어 있습니까?
 예 아니요
예인 경우:
플랜 이름: _____

플랜 번호: _____

3단계: 공동 신청자와 함께 신청하거나 부양 가족이 있는 경우에만.

부양 가족	관계	생년월일	사회 보장 번호 또는 세금 ID 번호	IRS 세금 신고 상태	조정 총 소득
자격을 갖추려면 공동 신청자나 부양 가족이 다음 사항을 충족해야 합니다: 배우자, 아들, 딸, 의붓 자식, 양자, 형제, 자매, 이복 형제, 이복 자매, 의붓 형제, 의붓 자매 또는 그 후손이어야 합니다. 아동인 경우 (a) 연말에 19세 미만이거나, (b) 학생인 경우 연말에 24세 미만이거나, (c) 부양 가족이 비활성화된 경우 모든 연령.					
예: Jane Smith	아동	MM/DD/YYYY	123-45-6789	Dep	\$0

4단계:

본인이 아는 한, 제공된 정보는 사실이며 정확합니다. 본인은 Snohomish 카운티의 지역 보건 센터에 본인의 재정 상태에 대한 정보를 확인할 수 있는 권한을 부여합니다. 본인은 차등 수수료 할인 자격을 갖기 위해 방문 날짜로부터 30일 이내에 이 정보와 모든 증빙 서류가 제공되어야 함을 이해합니다. 이 정보를 받지 못하면 본인이 방문 비용 전액을 책임지게 된다는 사실을 이해합니다.

신청자/보증인 서명

오늘 날짜

내부용:
 접수한 클리닉: _____ CHC 직원 이름(정자체): _____ NG #: _____ A#: _____
 검증된 연간 소득: \$ _____ 가구원 수: _____ 차등 규모: _____ 재인증 날짜: _____
 소득 증명: IRS PA 양식 201B 기타(구체적으로 명시): _____ PEES 또는 청구 직원 이름 및 서명: _____