

Потрібна допомога для реєстрації на отримання медичного обслуговування?

КЛІНІКА ARLINGTON
Медичні / стоматологічні / аптечні послуги
326 S. Stillaguamish Ave., Arlington, WA 98223
(360) 572-5400

КЛІНІКА EDMONDS
Первинна медична допомога та послуги без попереднього запису /
стоматологічні /
аптечні / фізіотерапевтичні послуги
23320 Hwy. 99, Edmonds, WA 98026
(425) 640-5500

КЛІНІКА EVERETT-CENTRAL
Первинна медична допомога та послуги без попереднього запису /
стоматологічні /
аптечні / фізіотерапевтичні послуги
4201 Rucker Ave, Everett, WA 98203
(425) 382-4000

КЛІНІКА EVERETT-COLLEGE
Первинна медична допомога
930 North Broadway, Everett, WA 98201
(425) 595-3900

КЛІНІКА EVERETT-NORTH
Медичні / стоматологічні / аптечні послуги
1424 Broadway, Everett, WA 98201
(425) 789-2000

КЛІНІКА EVERETT-SOUTH
Медичні / стоматологічні / аптечні послуги
1019 112th St. SW, Everett, WA 98204
(425) 551-6200

КЛІНІКА LYNNWOOD
Медичні / стоматологічні / аптечні послуги
4111 194th St. SW, Lynnwood, WA 98036
(425) 835-5200

*Всі стоматологічні клініки СНС надають послуги без попереднього запису

www.CHCsno.org

**(425) 789-3789 • телетайп для людей з обмеженими
можливостями, дзвоніть 711**



Заява на знижку за гнучким тарифом

Повністю заповніть цю форму і додайте підтверджувальні документи про загальний дохід домогосподарства (вас та утриманців, заявлених у вашій останній податковій декларації) протягом 30 днів з дати відвідування.

Дата надання послуги: _____

Останній день подачі: _____

Необхідні підтверджувальні документи:

- Заява на знижку за гнучким тарифом із зазначенням всіх членів домогосподарства (утриманців, заявлених в останній податковій декларації).
- Копія податкової декларації за минулий рік для перевірки скоригованого валового доходу.
- Форма підтвердження доходу домогосподарства та довідка про доходи, ЯКЩО до вас застосовується будь-яка з наступних умов:
 - Ваш дохід змінився з моменту подання останньої податкової декларації.
 - Ви не подаєте податкову декларацію.

Якщо заявка неповна або не містить підтверджувальних документів, вона повертається та не розглядається як отримана до повторного подання повної заявки.

Чуйний. Недорогий. Доступний.

Заява на знижку

Якщо вам потрібна допомога для заповнення наступної інформації, зверніться до фахівця з обслуговування пацієнтів.

КРОК ОДИН: Інформація про заявника

Ім'я заявника: _____ Дата народження: _____ Номер телефону: _____

Адреса: _____
Вулиця Кв. Місто Штат Поштовий індекс

Статус податкової декларації: _____ Скоригований валовий дохід: _____ Номер соціального страхування або ідентифікаційний номер платника податків: _____

КРОК ДВА:

Медичне страхування

Чи маєте ви медичне чи стоматологічне страхування?

Так Ні

Якщо так, вкажіть наступне:

Назва плану(ів): _____

КРОК ТРИ: Лише при поданні заяви із співзаявником або за наявності утриманців.

Утриманці	Ступінь споріднення	Дата народження	Номер соціального страхування або ідентифікаційний номер платника податків	Статус подання податкової декларації IRS	Скоригований валовий дохід
Співзаявник або утриманець повинен відповідати таким вимогам: Має бути чоловіком (дружиною), сином, дочкою, прийомною дитиною, дитиною на вихованні, братом, сестрою, зведеним братом, зведеною сестрою або нащадком будь-якого з них. Якщо він є дитиною, то має бути (a) молодше 19 років на кінець року, (b) молодше 24 років на кінець року, якщо є студентом, або (c) будь-якого віку, якщо є утриманцем з обмеженими можливостями.				NF Недекларант (не подає податкову декларацію) MFJ Одружений (одружена), подає спільну декларацію MFS Одружений (одружена), подає окрему декларацію SGL Неодружений HH Глава родини Dep Утриманець	Скоригований валовий дохід, зазначений у вашій податковій декларації за попередній рік. Якщо ви не подавали податкову декларацію, вам необхідно буде заповнити форму СНС «Підтвердження доходу домогосподарства» – форма PA 201B.
<i>Приклад: Джейн Сміт</i>	<i>Дитина</i>	<i>MM/DD/YYYY</i>	<i>123-45-6789</i>	<i>Dep</i>	<i>0 дол.</i>

КРОК ЧОТИРИ: За наявними у мене відомостями, наведена інформація є точною та достовірною. Я дозволяю Громадському центру охорони здоров'я округу Снохоміш (Community Health Center of Snohomish County) перевірити інформацію про мій фінансовий стан. **Я розумію, що ця інформація та вся підтверджувальна документація має бути надана протягом 30 днів з дати відвідування, щоб отримати право на знижку за гнучким тарифом.** Я розумію, що якщо ця інформація не буде надана, я понесу відповідальність за повну вартість відвідування.

_____ Підпис заявника/гаранта

_____ Поточна дата

Тільки для внутрішнього використання:

Клініка отримала: _____ Ім'я працівника СНС (розбірливо): _____ № NG: _____ № A: _____

Підтверджений річний дохід: дол. _____ Кільк. членів домогосподарства: _____ Гнучкий тариф: _____ Дата повторної сертифікації: _____

Підтвердження доходу: IRS Форма PA 201B Інше (вкажіть): _____ Ім'я та підпис працівника PEES або відділу виставлення рахунків: _____