

# Заявление на скидку

Если вам нужна помощь в заполнении приведенной ниже информации, обратитесь к специалисту по обслуживанию пациентов.

## ШАГ 1. Информация о заявителе

Имя и фамилия заявителя: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_ Номер телефона: \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Улица \_\_\_\_\_ Квартира \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Почтовый индекс \_\_\_\_\_

Статус в связи с подачей налоговой отчетности: \_\_\_\_\_

Скорректированный валовый доход: \_\_\_\_\_

Номер по системе социального обеспечения или идентификационный номер налогоплательщика: \_\_\_\_\_

## ШАГ 2.

### Медицинское страхование

У вас есть медицинская или стоматологическая страховка?

Да  Нет

Если да, укажите:

Название (-ия) плана: \_\_\_\_\_

№ плана: \_\_\_\_\_

## ШАГ 3. Только в случае подачи заявления совместно с созаявителем или при наличии иждивенцев.

Иждивенец (-цы)	Кем приходится	Дата рождения	Номер по системе социального обеспечения или идентификационный номер налогоплательщика	Статус в связи с подачей налоговой отчетности в IRS	Скорректированный валовый доход
<p><b>Чтобы иметь право на участие в программе, второй заявитель или иждивенец должны соответствовать следующим критериям:</b></p> <p>быть супругом (-ой), сыном, дочерью, приемным ребенком, ребенком на патронатном воспитании, братом, сестрой, единокровным братом или сестрой, сводным братом или сестрой или потомком любого из них. Если речь идет о ребенке, он должен быть</p> <p>(а) моложе 19 лет на конец года,</p> <p>(б) моложе 24 лет на конец года, если он является студентом, или</p> <p>(в) любого возраста, если иждивенец является инвалидом</p>				<p><b>NF</b> Лицо, не подающее налоговую декларацию (Non-Filer)</p> <p><b>MFJ</b> В браке, отчитывается совместно с супругом (-ой) (Married Filing Jointly)</p> <p><b>MFS</b> В браке, отчитывается отдельно (Married Filing Single)</p> <p><b>SGL</b> Не женат/не замужем (Single)</p> <p><b>HH</b> Глава семьи</p> <p><b>Dep</b> Иждивенец</p>	<p>Скорректированный валовый доход в соответствии с налоговой отчетностью за предыдущие годы</p> <p>Если вы не подавали налоговую декларацию, вам необходимо заполнить форму CHC «Подтверждение дохода семьи» (PA Form 201B)</p>
Пример: Джейн Смит	Ребенок	MM/DD/YYYY	123-45-6789	Dep	\$0

## ШАГ 4.

Насколько мне известно, информация, приведенная в настоящей форме, является полной и достоверной. Я даю разрешение Community Health Center of Snohomish County на проверку информации о моем финансовом положении. **Я понимаю, что для получения скидки по скользящей шкале оплаты эту информацию и всю сопроводительную документацию необходимо предоставить в течение 30 дней с даты посещения.** Если эта информация не будет получена, я понимаю, что буду обязан(-а) оплатить полную стоимость посещения.

\_\_\_\_\_  
Подпись заявителя/гаранта

\_\_\_\_\_  
Сегодняшняя дата

### Только для внутреннего пользования:

Получено клиникой: \_\_\_\_\_ Имя и фамилия сотрудника CHC (печатными буквами): \_\_\_\_\_ № NG: \_\_\_\_\_ № A: \_\_\_\_\_

Подтвержденный годовой доход: \$ \_\_\_\_\_ Кол-во в семье: \_\_\_\_\_ Скользящая шкала: \_\_\_\_\_ Дата повторной сертификации: \_\_\_\_\_

Подтверждение дохода:  IRS  PA Form 201B  Прочее (укажите): \_\_\_\_\_ Имя, фамилия и подпись сотрудника PSS или отдела выставления счетов: \_\_\_\_\_

## Проверка уровня дохода семьи

<u>Перечислите ваш доход за последние 30 дней</u>	
<b>Сложите:</b>	
Заработная плата, оклады, чаевые и т. д. (приложите квитанции)	\$
Пособия по социальному обеспечению (приложите письмо о выдаче или банковскую выписку)	\$
Облагаемые налогом проценты или дивиденды (приложите банковскую выписку)	\$
Налогооблагаемая пенсия, аннуитет или распределения IRA (приложите банковскую выписку)	\$
Компенсация по безработице или пособие по нетрудоспособности (приложите письмо о выдаче или банковскую выписку)	\$
Доход от бизнеса (приложите IRS расписание C)	\$
Доход от аренды недвижимости, трастов, роялти, партнерств, корпораций S-типа и т. д. (приложите IRS расписание E или выписку из банка)	\$
Доход от сельского хозяйства (приложите IRS расписание F)	\$
Полученные алименты (приложите выписку из банка)	\$
Другие доходы (укажите тип и предоставьте подтверждающую документацию)	\$
<b>Минус:</b>	
Выплаченные алименты (приложите выписку из банка)	\$
<b>Общий доход семьи:</b>	<b>\$</b>

Насколько мне известно, информация, приведенная в настоящей форме, является полной и достоверной. Я понимаю, что может потребоваться дополнительная информация, и я предоставляю ее в течение 14 дней с момента запроса. Я даю разрешение CHC связаться со мной, чтобы проверить вышеуказанную информацию, и понимаю, что если это заявление заполнено не в полном объеме, в заявке на скидку может быть отказано.

<i>Полное имя (печатными буквами)</i>	<i>Контактный номер телефона</i>
<i>Подпись</i>	<i>Дата</i>

**Личное заявление об отсутствии доходов**

Как вы получаете еду и кров? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Я подтверждаю, что моя семья не имеет дохода.

<i>Подпись</i>	<i>Дата</i>
----------------	-------------