

## Sliding Fee Discount Program Application – Turkish Translation



## FIVE RIVERS HEALTH CENTERS

## DEĞİŞKEN FİYAT İNDİRİMİ PROGRAM BAŞVURUSU

Başvuru Sahibinin Adı \_\_\_\_\_

Bugünün Tarihi \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Şehir \_\_\_\_\_

Eyalet \_\_\_\_\_ Posta Kodu \_\_\_\_\_

Telefon Numarası \_\_\_\_\_

Ödeme gücüne sahip olup olmadıklarından bağımsız olarak, ihtiyaç sahibi hastalara temel sağlık hizmetleri sunmak, Five Rivers Sağlık Merkezleri'nin politikasıdır. İndirimler, birleştirilmiş geliri Federal Yoksulluk Sınırının %200 ve altında olan hane halkı üyelerine sağlanır. Hangi yüzdeye girmeye uygun olduğunuzu belirlemek için, aşağıdaki formu doldurup resepsiyona teslim edin.

**AİLE:**

İlişki	Şu koşullar sağlanıyorsa dahil edin	Şu koşullar sağlanmıyorsa dahil etmeyin	Sıra
Siz			1
Eşiniz	Cinsiyetten bağımsız olarak, yasal olarak evliyseniz dahil edin.  Yasal olarak evliyseniz, ancak ayrı yaşıyorsanız (örneğin, eşin askerlik görevi için uzakta, iş için uzakta olması veya yasal olarak ayrılmış ya da boşanmış olmanın dışında herhangi bir nedenle uzakta olması) dahil edin.	Yasal olarak ayrıysanız ya da boşanmışsanız dahil etmeyin.  Aile içi istismar, aile içi şiddet kurbanıysanız ya da eşiniz sizi terk ettiyse, eşinizi belirtmek zorunda değilsiniz.	
Çocuk(lar)	Vergi beyannamenizde beyan ettiğiniz çocuk sayısını belirtin.  Vergi beyannamenizde beyan edebileceğiniz, sizinle birlikte yaşayan, evlat edindiğiniz ve bakımını üstlendiğiniz çocukları dahil edin.  Vergi beyannamenizde beyan edebileceğiniz, velayetini paylaştığımız çocukların sayısını belirtin.	Bir çocuk, bakmakla yükümlü olduğunuz bir kişi değilse dahil etmeyin.  Doğmamış bir çocuğu dahil etmeyin.	
Bakmakla yükümlü olduğunuz diğer kişiler:	Vergi beyannamenizde beyan ettiğiniz ebeveyn sayısını belirtin.  Bakmakla yükümlü olduğunuzu beyan ettiğiniz kardeşlerinizin ve diğer akrabalarınızın sayısını belirtin.	Yasal olarak evli olmadığınız hayat arkadaşınızı, birlikte bir çocuğunuz yoksa ya da vergi beyannamenizde beyan etmeyecekseniz dahil etmeyin.  Ev arkadaşlarınızı dahil etmeyin.	

**AİLE GELİRİ İLE DESTEKLENEN TOPLAM KİŞİ SAYISI:**

Updated: 05/10/2018

Board Approval: 06/14/2018

## Sliding Fee Discount Program Application – Turkish Translation

## GELİR:

Gelir	Doğrulama	Miktar
Ücretler, maaşlar, bahşişler, vb.	Son iki (2) maaş bordrosu. En son beyan ettiğiniz 1040 numaralı Form'un 22 numaralı Satırındaki toplam gelir En son beyan ettiğiniz W2 Formu'nun 1 numaralı Kutusundaki miktar En son beyan ettiğiniz 1099 numaralı Form (kendi işinde çalışanlar için önemli şirket harcamaları, 1040 numaralı Form Çizelge C kısmında belirtilmelidir)	
Nafaka	En son ayın çek bordroları	
İşsizlik Ücreti	En son ayın çek bordrosu ya da kalem kalem listelenmiş doğrulama belgesi.	
Sosyal Sigorta Yardımı	En son ayın çek bordrosu ya da kalem kalem listelenmiş doğrulama belgesi.	
Bireysel Emeklilik Hesabı ya da emeklilik planı dağılımları	En son ayın çek bordrosu	
Faiz, temettü, kira geliri	En son beyan ettiğiniz 1040 numaralı form	
Şirket geliri	En son beyan ettiğiniz 1040 numaralı form	
Sermaye kazançları	En son beyan ettiğiniz 1040 numaralı form	
Diğer		
<b>TOPLAM AİLE GELİRİ:</b>		\$

Tüm hane halkı üyelerini aşağıda listeleyin:

Ad:	Doğum Tarihi	Ad:	Doğum Tarihi
1. _____	_____	5. _____	_____
2. _____	_____	6. _____	_____
3. _____	_____	7. _____	_____
4. _____	_____	8. _____	_____

Değişken Fiyat Ölçeği İndiriminin onaylanabilmesi için destekleyici belgeler gereklidir ve onaylanan indirimler en fazla on iki (12) ay geçerlidir.

Kabul edilebilir formlar şunlardır: en son 2 çek bordrosunun kopyası, önceki yıl beyan edilmiş olan W2 formu kopyası, önceki yıl beyan edilmiş vergi beyannamesi kopyası, kamu yardımı veya sosyal sigorta yardımı çek bordrosu veya Ödeme mektubu kopyası, Tıbbi Yardım veya Sosyal Hizmetler Bölümü Onay Mektubu kopyası, Devlet Yardımı kanıtı kopyası, işveren doğrulama yazısı ya da hiç gelir olmadığına dair kanıt kopyası (söz konusu desteği sağlayan kişi tarafından doldurulmuş destek yazısı ya da kişinin kendisinin hazırladığı ve imzaladığı bir doğruluk beyanı).

Updated: 05/10/2018

Board Approval: 06/14/2018

## Sliding Fee Discount Program Application – Turkish Translation

**ONAY:**

Aşağıdakilerin doğru olduğunu onaylıyorum:

- 1) Belirtilen hane halkı sayısı ve gelir bilgileri doğrudur.
- 2) İndirimimin onaylanması için ailemin finansal durumunu destekleyen belgeler gerekmektedir ve bu belgeleri bu formu doldurduktan sonraki **otuz (30) gün** içinde sağlayacağım.
- 3) Durumumda herhangi bir değişiklik olması durumunda, bu bilgileri güncellemeliyim.
- 4) En azından her on iki (12) ayda bir yeni bir başvuru formunun doldurulması gerekmektedir.
- 5) Programı açıklayan bilgileri aldım ve şartlara uymayı kabul ediyorum.
- 6) İndirim programı, yalnızca Five Rivers Sağlık Merkezleri'nde alınan hizmetler için geçerlidir. Değişken fiyat indirimi miktarı alınan hizmete bağlı olarak değişebilir.
- 7) Bu indirim programına aşağıdaki hizmetler ya da ekipman dahil değildir.
  - a. Aşağıdakiler de dahil olmak üzere bu klinik tarafından sağlanmamış ya da bu klinikten satın alınmamış tüm hizmetler ve ekipmanlar
    - i. Referans laboratuvar testi
    - ii. İlaçlar
    - iii. Danışman bir radyolog tarafından röntgenin yorumlanması
    - iv. Bu gibi başka hizmetler.
- 8) Masraflarını kendi ödeyen bir hastaysam, herhangi bir sağlık hizmeti almadan önce **asgari 20 dolar** ödemem gerekmektedir.
- 9) İndirim yüzdesi uygulandıktan sonra hesabımda ödenmemiş bir bakiye varsa **bir ödeme planı yapmayı ve bu plana bağlı kalarak borcumu ödemeyi kabul ediyorum**. Herhangi bir ayda ödeme yapamazsam, ödeme planımı değiştirmem gerektiğini bildirmek için son ödeme gününden önce Faturalama Ofisi'yle temasa geçmem gerektiğini biliyorum.
- 10) Bir ödemeyi yapamayacak durumdaysam, (937)734-6830 no'lu telefondan Five Rivers Sağlık Merkezi Faturalama Bölümüyle temasa geçeceğim.

---

Hasta Adı (Lütfen Yazıyla Yazın)

Hastanın ya da Kefilin İmzası

Tarih

**DEĞİŞKEN FİYAT İNDİRİMİ FERAGATI**

Değişken fiyat indiriminden yararlanmak istiyorsanız, aşağıdaki alanı **İMZALAMAYIN**.

**Şu anda Değişken Fiyat İndirimi Başvuru Formunu doldurmak istemiyorum.** Başka türlü hak sahibi olabileceğim herhangi bir indirim hakkımdan feragat ediyorum. Hizmet sırasında tüm masrafların eksiksiz olarak ödenmesinden sorumlu olduğumu kabul ediyorum.

---

Hasta Adı (Lütfen Yazıyla Yazın)

Hastanın ya da Kefilin İmzası

Tarih

## Sliding Fee Discount Program Application – Turkish Translation

**FOR OFFICE USE ONLY:****ANNUAL GROSS INCOME****CALCULATOR:**

	PER PAY PERIOD	GROSS ANNUAL INCOME
Income received (frequency):		
A. Weekly (each week):	\$ _____ x 52 =	\$ _____
B. Bi-Weekly (every two weeks):	\$ _____ x 26 =	\$ _____
C. Semi-Monthly (twice a month):	\$ _____ x 24 =	\$ _____
D. Monthly (each month):	\$ _____ x 12 =	\$ _____

Documentation Provided (circle):                      YES                                      NO

Application Approved (circle):                      YES                                      NO

Application Processed by: \_\_\_\_\_

Processed on: \_\_\_\_\_