

## Sliding Fee Discount Program Application – Russian Translation



## FIVE RIVERS HEALTH CENTERS

## ЗАЯВЛЕНИЕ О ЗАЧИСЛЕНИИ В ПРОГРАММУ ОПЛАТЫ СО СКОЛЬЗЯЩЕЙ ШКАЛОЙ СКИДОК

Имя заявителя \_\_\_\_\_ Сегодняшняя дата: \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Почтовый индекс \_\_\_\_\_

Номер телефона \_\_\_\_\_

Согласно правилам Медицинского центра Five Rivers, первичная медицинская помощь оказывается нуждающимся в ней пациентам вне зависимости от их платёжеспособности. Скидки предоставляются членам семей с общим доходом в 200% от федерального прожиточного минимума и ниже. Для определения процента скидки, для которой Вы соответствуете требованиям, пожалуйста, укажите нижеследующую информацию в форме и верните её в регистратуру.

**СЕМЬЯ:**

Родственное отношение	Включать	Не включать	Количество
Вы сами			1
Ваш(а) супруг(а)	Включайте, если Вы состоите в официальном браке вне зависимости от пола.  Включайте, если Вы состоите в официальном браке, но живёте отдельно (например, супруг(а) находится на военной службе вне дома или проживает отдельно по какой-то причине кроме официального статуса проживания отдельно или официального развода).	Не включайте, если Вы официально живёте отдельно или разведены.  Вам не нужно включать в заявление Вашего(у) супруга(у), если Вы являетесь жертвой жестокого обращения дома, домашнего насилия, или Вас бросил(а) Ваш супруг(а).	
Ребёнок(дети)	Включите количество детей, которые, согласно налоговой декларации, находятся на Вашем иждивении.  Включайте усыновлённых (удочерённых) детей и детей, взятых на семейное воспитание, которые проживают с Вами и являются лицами на Вашем иждивении, согласно налоговой декларации.  Включайте тех детей, над которыми Вы имеете совместную опеку, если они включены в Вашу налоговую декларацию в качестве лиц на Вашем иждивении.	Не включайте, если ребёнок не является лицом на иждивении.  Не включайте еще не родившегося ребёнка.	
Другие лица на иждивении:	Включайте родителей, которые являются лицами на Вашем иждивении, согласно Вашей налоговой декларации.  Включайте братьев и сестёр и других родственников, которые являются лицами на Вашем иждивении, согласно Вашей налоговой декларации.	Не включайте Вашего не состоящего в браке семейного партнёра, если у Вас нет совместного ребёнка, или если он(а) не является лицом на Вашем иждивении, согласно Вашей налоговой декларации.  Не включайте Ваших соквартирантов.	
<b>ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ЧЕЛОВЕК, ЖИВУЩИХ НА УКАЗАННЫЙ СЕМЕЙНЫЙ ДОХОД:</b>			

## Sliding Fee Discount Program Application – Russian Translation

**ДОХОД:**

Доход	Подтверждение	Сумма
Заработок, зарплата, чаевые и т. д.	Две (2) последних квитанции о начислении зарплаты. Последняя Форма 1040, графа 22 Последняя Форма W2, графа 1 Последняя Форма 1099 (для самозанятых существенные бизнес-затраты должны быть представлены в Форме 1040, Приложение С)	
Алименты	Квитанция об оплате за самый последний месяц	
Пособие по безработице	Квитанция об оплате за последний месяц или справка с детализацией.	
Пособия по социальному обеспечению	Квитанция об оплате за последний месяц или справка с детализацией.	
Выплаты с индивидуального пенсионного счёта (IRA) или пенсионного вклада	Квитанция об оплате за самый последний месяц	
Начисленные проценты с капитала, полученные дивиденды, доход от сдачи недвижимости в аренду	Самая последняя Форма 1040	
Доход от бизнеса	Самая последняя Форма 1040	
Доходы с капитала	Самая последняя Форма 1040	
Другое		
<b>ОБЩИЙ СЕМЕЙНЫЙ ДОХОД:</b>		\$

Ниже перечислите всех членов семьи:

Имя:	Дата рождения	Имя:	Дата рождения
1. _____	_____	5. _____	_____
2. _____	_____	6. _____	_____
3. _____	_____	7. _____	_____
4. _____	_____	8. _____	_____

Необходимо предоставить подтверждающие документы до того, как может быть одобрена скидка на оплату по скользящей шкале, и одобренные скидки будут действительны сроком до двенадцати (12) месяцев.

Приемлемые документы включают: копии 2-х последних квитанций/корешков чеков, форма W-2 за предыдущий год, налоговая декларация за предыдущий год, квитанции/корешки чеков государственного денежного пособия или пособия по социальному обеспечению или письмо о финансовых выплатах, письмо, подтверждающее получение финансовой помощи для медицинских целей или социального обеспечения, свидетельство о получении государственной финансовой помощи, справка с места работы или свидетельство об отсутствии дохода (письмо-подтверждение поддержки от лица, предоставляющего таковую поддержку, или личное подписанное письмо-заверение).

**ПОДТВЕРЖДЕНИЕ:**

Я подтверждаю, что нижеследующее является достоверным:

- 1) Размер семьи и приведённая информация о доходе является верными.
- 2) Документация, подтверждающая финансовое положение моей семьи, должна быть представлена до того, как скидка для меня может быть одобрена, и что я должен(а) представить эту информацию в течение **тридцати (30) дней** с момента заполнения данной формы.
- 3) Я должен(а) обновлять эту информацию в случае изменения моей ситуации.
- 4) Новое заявление должно подаваться не реже чем каждые двенадцать (12) месяцев.
- 5) Я получил(а) информацию, объясняющую суть данной программы, и я понимаю и соглашаюсь с её условиями.
- 6) Данная программа скидок будет распространяться только на услуги, полученные в Медицинском центре Five Rivers. Сумма скидки по скользящей шкале может варьироваться в зависимости от полученных услуг.
- 7) Данная программа скидок не распространяется на оплату следующих услуг или оборудования.
  - a. Все услуги или оборудование, полученные или купленные вне данной клиники, включая
    - i. Рекомендуемые лабораторные анализы и тесты
    - ii. Медикаменты
    - iii. Расшифровка рентгеновских снимков рентгенологом-консультантом
    - iv. Другие подобные услуги.
- 8) Если я самостоятельно оплачиваю свои медицинские услуги, я должен(а) заплатить **минимум \$20** до получения любых медицинских услуг.
- 9) Если с учётом моей скидки на оплату на моём счёте остаётся задолженность по оплате, **я согласен(а) внести оплату в соответствии со сроками и условиями.** Если я не в состоянии внести оплату за какой-либо месяц, я должен(а) связаться с Отделом приёма платежей до крайнего срока внесения оплаты для обсуждения необходимости изменения сроков и условий оплаты.
- 10) Если я не в состоянии внести оплату, я свяжусь с Отделом приёма платежей Медицинского центра Five Rivers по телефону (937)734-6830.

---

Имя пациента (печатными буквами)

Подпись пациента или поручителя

Дата

**ОТКАЗ ОТ СКИДКИ ПО СКОЛЬЗЯЩЕЙ ШКАЛЕ**

**НЕ** подписывайте ниже, если Вы хотите, чтобы Ваше заявление на скидку оплаты по скользящей шкале было рассмотрено.

**Я предпочитаю не подавать заявление на скидки по скользящей шкале в настоящее время.** Я отказываюсь от права на получение любой скидки, которая могла бы мне полагаться. Я понимаю, что я буду нести ответственность за полную оплату всех издержек на момент предоставления услуги.

---

Имя пациента (печатными буквами)

Подпись пациента или поручителя

Дата

**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: \_\_\_\_\_