

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПРОГРАММУ СКИДОК ПО СКОЛЬЗЯЩЕЙ ШКАЛЕ (SFDP)

Эта программа может помочь снизить стоимость медицинской помощи в Opsam Health. Сумма оплаты зависит от количества людей, проживающих в вашем доме, и дохода вашего домохозяйства. Заполните эту форму, если хотите подать заявление на скидку.

1. Информация о пациенте

Полное имя: _____

Дата рождения: _____

2. Хотите ли вы подать заявление?

☐ ДА, я хочу подать заявление на программу скидок. (Заполните оставшуюся часть формы.)

☐ НЕТ, я не хочу подавать заявление. (**ПРОПУСТИТЕ** разделы 3-4 и **ПЕРЕЙДИТЕ** к разделу 5. **НЕ** сканируйте QR-код ниже и **НЕ** загружайте документы.)

3. Статус страхования ☐ У меня есть страховка ☐ У меня нет страховки.

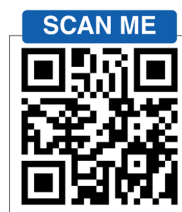
4. Подтверждение дохода (Подтверждением могут служить: недавний расчетный листок, последняя налоговая декларация, форма W-2 или 1099, письмо о назначении государственных пособий, письмо от работодателя.)

Можете ли вы предоставить подтверждение дохода сегодня?

☐ ДА. (*Передайте его сотруднику.*)

☐ НЕТ. подтверждение у меня есть, но сегодня его с собой нет. Я предоставляю его в течение 10 рабочих дней.

(Используйте QR-код для отправки ИЛИ принесите документы в любую клинику.)



☐ **НЕТ**, я не могу предоставить или получить подтверждение дохода. (**Если выбрали этот вариант, ответьте ниже И отдельно заполните Форму самостоятельного заявления о доходе.**)

☐ Мой работодатель не предоставляет расчетные листки или письменное подтверждение.

☐ Мне платят наличными.

☐ Я работаю на себя или выполняю неформальную работу.

- ☐ Я не могу связаться с работодателем/бывшим работодателем.
- ☐ Я безработный(ая).

5. Соглашение - прочитайте и подпишите

- Я подтверждаю, что предоставленная мной информация является правдивой и правильной.
- Я разрешаю Opsam Health использовать эту информацию для определения моего права на скидку.
- Я отвечаю за оплату счета до предоставления подтверждения дохода.
- Я предоставляю документы о доходе в течение 10 рабочих дней.
- Если я не предоставлю документы вовремя, с меня будет взиматься полная стоимость.
- Я сообщу Opsam Health об изменениях моего дохода или страхования.
- Размер моей скидки может измениться на основании новой информации; если я переплатил(а), может быть произведен возврат.

Подпись:

Дата:

Имя пациента/представителя:

Отношение/полномочия:

STAFF USE ONLY – PATIENT REFUSED TO FILL OUT & SIGN FORM

Date of refusal: ____ / ____ / ____ Staff name (print): _____

Staff signature: _____

Comments (optional):
