

FORMULARYO NG APLIKASYON PARA SA SLIDING FEE DISCOUNT PROGRAM (SFDP)

Maaaring makatulong ang programang ito na mapababa ang iyong bayarin sa Opsam Health. Ang diskwento ay batay sa laki ng iyong pamilya at kabuuang kita. Sagutan ang form na ito kung nais mag-apply.

1. Impormasyon ng Pasyente

Buong Pangalan: _____

Petsa ng Kapanganakan: _____

2. Nais Mo Bang Mag-apply?

- ☐ **OO**, nais kong mag-apply para sa diskwento. *(Sagutan ang natitirang bahagi ng form)*
- ☐ **HINDI**, ayaw kong mag-apply. *(Mangyaring lumagda at lagyan ng petsa sa ibaba.)*

3. Impormasyon sa Insurance ☐ Mayroon akong insurance ☐ Wala akong insurance

4. Katibayan ng Kita (Halimbawa: pinakahuling pay stub, tax return, W-2 o 1099 form, liham ng benepisyo mula sa pamahalaan, o liham mula sa employer.)

Maaari mo bang ibigay ang katibayan ng iyong kita ngayon?

- ☐ **OO**. *(Pakibigay ito sa aming staff.)*
- ☐ **HINDI**. Mayroon akong katibayan ng kita ngunit wala ito sa akin ngayon. Ibibigay ko ito sa loob ng **10 business days**.

(Gamitin ang QR code upang iupload o ihulog sa alinmang klinika ng Opsam Health.)



- ☐ **HINDI**. Hindi ako makapagbigay o makakuha ng katibayan ng kita. *(Kung ito ang iyong pipiliin, pakisagutan ang nasa ibaba AT kumpletuhin nang hiwalay ang Self-Declaration Form.)*
- ☐ Ang aking employer ay hindi nagbibigay ng pay stub o nakasulat na patunay ng kita.
 - ☐ Binabayaran ako ng cash.
 - ☐ Ako ay self-employed o kumikita sa pansamantalang trabaho.
 - ☐ Hindi ko makontak ang aking kasalukuyan o dating employer.
 - ☐ Ako ay walang trabaho.

5. Pagpapatunay – Pakibasa at Lagdaan

- Pinatutunayan ko na ang lahat ng impormasyong aking ibinigay ay totoo at tama.
- Pinahihintulutan ko ang Opsam Health na gamitin ang impormasyong ito upang malaman kung ako ay kwalipikado para sa Sliding Fee Discount.
- Nauunawaan ko na ako ang sasagot sa aking bayarin hanggang sa maibigay ko ang patunay ng aking kita.
- Ipapasa ko ang aking mga dokumento ng kita sa loob ng **10 business days**.
- Kung hindi ko maibigay ang aking mga dokumento sa tamang oras, sisingilin ako ng buong halaga ng bayarin.
- Ipapaalam ko sa Opsam Health kung may pagbabago sa aking kita o insurance.
- Maaaring magbago ang aking diskwento batay sa bagong impormasyong ibibigay ko, at kung ako ay nakapagbayad nang sobra, maaari akong makatanggap ng refund.

Lagda:

Petsa:

Pangalan ng Pasyente/Kinatawan:

Relasyon sa Pasyente:

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

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

Staff signature: _____

Comments (optional):
