

ĐƠN ĐĂNG KÝ CHƯƠNG TRÌNH GIẢM PHÍ THEO MỨC THU NHẬP (SFDP)

Chương trình này có thể giúp giảm chi phí chăm sóc tại Opsam Health. Số tiền quý vị trả dựa trên số người sống trong nhà và thu nhập của hộ gia đình. Vui lòng điền mẫu này nếu quý vị muốn đăng ký giảm phí.

1. Thông tin bệnh nhân

Họ và tên: _____

Ngày sinh: _____

2. Nais Mo Bang Mag-apply?

☐ **CÓ**, tôi muốn đăng ký chương trình giảm phí. (Vui lòng điền phần còn lại của mẫu.)

☐ **KHÔNG**, tôi không muốn đăng ký. (BỎ QUA mục 3-4 và CHUYỂN ĐẾN mục 5. KHÔNG quét mã QR bên dưới và KHÔNG tải lên bất kỳ tài liệu nào.)

3. Tình trạng bảo hiểm ☐ Tôi có bảo hiểm ☐ Tôi không có bảo hiểm

4. Bằng chứng thu nhập (Có thể gồm: phiếu lương gần đây, tờ khai thuế mới nhất, mẫu W-2 hoặc 1099, thư xác nhận trợ cấp chính phủ, thư từ chủ lao động)

Quý vị có thể cung cấp bằng chứng thu nhập hôm nay không?

☐ **CÓ**. (Vui lòng đưa cho nhân viên.)

☐ **KHÔNG**, tôi có bằng chứng thu nhập nhưng hôm nay không mang theo.
Tôi sẽ cung cấp trong vòng 10 ngày làm việc.

(Dùng mã QR để gửi HOẶC mang đến bất kỳ địa điểm phòng khám nào.)



☐ **KHÔNG**, tôi không thể cung cấp hoặc lấy bằng chứng thu nhập. (Nếu chọn mục này, vui lòng trả lời bên dưới VÀ điền riêng Phiếu Tự Khai Thu Nhập.)

- ☐ Chủ lao động của tôi không cung cấp phiếu lương hoặc xác nhận bằng văn bản.
- ☐ Tôi được trả bằng tiền mặt.
- ☐ Tôi tự kinh doanh hoặc làm công việc không chính thức.
- ☐ Tôi không thể liên hệ với chủ lao động/chủ lao động cũ.
- ☐ Tôi đang thất nghiệp.

5. Thỏa thuận - Vui lòng đọc và ký

- Tôi cam đoan thông tin tôi cung cấp là đúng và chính xác.
- Tôi cho phép Opsam Health sử dụng thông tin này để xác định tôi có đủ điều kiện nhận giảm phí hay không.
- Tôi chịu trách nhiệm thanh toán hóa đơn cho đến khi cung cấp bằng chứng thu nhập.
- Tôi sẽ mang hoặc gửi tài liệu thu nhập trong vòng 10 ngày làm việc.
- Nếu tôi không nộp tài liệu đúng hạn, tôi sẽ bị tính toàn bộ mức phí.
- Tôi sẽ thông báo cho Opsam Health nếu thu nhập hoặc bảo hiểm của tôi thay đổi.
- Mức giảm phí của tôi có thể thay đổi dựa trên thông tin mới; nếu tôi đã trả dư, tôi có thể được hoàn tiền.

Chữ ký:

Ngày:

Tên bệnh nhân/người đại diện:

Mối quan hệ/Thẩm quyền:

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

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

Staff signature: _____

Comments (optional):
