OLE HEALTH

Place Patient/Client Label Here

ПРИМЕНЕНИЕ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ШКАЛЫ ОПЛАТЫ/SLIDING FEE SCALE APPLICATION

Нужна помощь в оплате визита?

Вы можете иметь право на участие в нашей Программе скользящей оплаты, которая корректирует стоимость оказанных вам услуг в зависимости от вашего дохода. Чем меньше денег вы зарабатываете, тем меньше вы платите за услуги. Если вы зарабатываете больше, вы платите больше.

Чтобы подать заявку на участие в этой добровольной конфиденциальной программе, предоставьте свою информацию и распишитесь ниже.

Перечислите всех иждивенцев и зависимых лиц, проживающих вместе с вами (включая себя, супруга(-у), детей и любых родственников-иждивенцев):

				Только для служебного пользования/Staff Use Only	
ФИО	Кем приходится пациенту	Дата рождения	Доход	Frequency Paid Check how often patient is paid	Total Monthly Income
1. (Сам(-а))	(Сам(-а))			☐Weekly x 4.330 ☐2x month x 2.00 ☐Biweekly x 2.167 ☐Monthly x 1.0 ☐Annually x 0.08333	
2.				☐Weekly x 4.330 ☐2x month x 2.00 ☐Biweekly x 2.167 ☐Monthly x 1.0 ☐ Annually x 0.08333	
3.				☐Weekly x 4.330 ☐2x month x 2.00 ☐Biweekly x 2.167 ☐Monthly x 1.0 ☐ Annually x 0.08333	
4.				☐Weekly x 4.330 ☐2x month x 2.00 ☐Biweekly x 2.167 ☐Monthly x 1.0 ☐ Annually x 0.08333	
5.				☐Weekly x 4.330 ☐2x month x 2.00 ☐Biweekly x 2.167 ☐Monthly x 1.0 ☐ Annually x 0.08333	
				Total Gross Monthly Income for Household	
				Total Household Size	
				Applicable Scale	

Важно: ПРИЛОЖИТЕ К ЭТОЙ ФОРМЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ДОХОДА

Подписывая эту форму, я подтверждаю, что вся предоставленная мной информация является точной, и понимаю, что любые ложные заявления о доходе или размере семьи могут привести к необходимости уплаты полной суммы. Я понимаю, что мое право на получение пособия зависит от соответствия определенным требованиям к доходу. Я признаю, что обязан(-а) предоставить подтверждение своего дохода и сообщить о любых изменениях дохода или количества членов моей семьи в компанию OLE Health и что эти изменения могут повлиять на мое право на участие в Программе скользящей оплаты. Подписывая эту форму, я понимаю, что заявленный доход действителен только в течение 30 дней с даты подписания (один раз в год), и если не будет предоставлено подтверждение дохода, я буду нести ответственность за полную стоимость услуг, предоставленных после этой даты.

*** Документы на скользящую оплату действительны в течение 1 года с момента подписания. Если пациент не может предоставить справку о доходах, см. раздел «Самоотчет» на следующей странице.*

Подпись заявителя/опекуна **Дата**

ЗАПОЛНИТЕ ЭТОТ РАЗДЕЛ, ЕСЛИ ВЫ РЕШИТЕ НЕ ПОДАВАТЬ ЗАЯВКУ НА СКОЛЬЗЯЩУЮ ШКАЛУ ОПЛАТЫ

Я подтверждаю, что мне была предоставлена возможность подать заявку на скользящую шкалу оплаты OLE Health. На данный момент я не хочу подавать заявку на скользящую шкалу оплаты. Я также признаю, что мне не будет разрешено получить ретроспективную скидку на какие-либо медицинские расходы, если заявка на скользящую шкалу оплаты будет подана в будущем.

Я понимаю, что могу отозвать свое согласие в любое время, направив письменное уведомление в адрес OLE Health. Я понимаю, что я вправе задавать вопросы относительно настоящего согласия и моих финансовых обязательств перед подписанием.

Подпись пациента/опекуна **Дата**