OLE HEALTH

SLIDING FEE SCALE SELF ATTESTATION (RUSSIAN)

Place Patient/Client Label Here

Аффидевит о доходах

Полное имя пациента: _____ Дата рождения:_____

Пожалуйста, заполните это поле, если вы не можете предоставить подтверждение дохода или права на страхование:

Были ли в вашей семье члены семьи, которые вносили доход в вашу семью в прошлом году? Пожалуйста, перечислите количество человек в Вашем домохозяйстве и общую сумму ежемесячного дохода в совокупности.

Количество человек: _____ Сумма ежемесячного дохода: $ _____

Я, _____, настоящим подтверждаю, что не получаю никакого дохода или не могу предоставить подтверждение дохода (причина невозможности предоставления: _____) из любого из следующих источников.

- Заработная плата от работы (включая комиссионные, сборы, чаевые, бонусы и т.д.)
- Доход от ведения бизнеса, самозанятого или другого статуса занятого
- Доход от аренды недвижимого или движимого имущества
- Проценты или дивиденды от активов
- Выплаты по социальному страхованию, аннуитеты, страховые полисы, пенсионные фонды, пенсии, SSI (Дополнительный доход по социальному обеспечению) или пособие в связи со смертью
- Выплаты по безработице или инвалидности
- Выплаты государственной помощи
- Регулярные ежемесячные платежи, получаемые от семьи или друзей
- **Любые другие источники, не упомянутые выше**

Я понимаю, что должен сообщать о любых изменениях в моем доходе или активах в OLE во время моего следующего визита. Я понимаю, что теряю свое право на получение услуг по сниженной цене, если я предоставлю какие-либо ложные заявления или информацию.

Подписано: _____ Дата: _____

Если вы подписываете от имени пациента (несовершеннолетнего и т.д.), пожалуйста, распечатайте свое родство: _____

* Срок действия данной формы истекает через 1 год после даты подписания