Community Health Care, Inc.

Chart #s:

Annual Sliding Fee Application

Sliding Fee Discount

Chăm sóc sức khỏe cộng đồng cung cấp giảm giá phí trượt cho tất cả bệnh nhân của chúng tôi, bất kể phạm vi bảo hiểm. Giảm giá phí trượt cung cấp cho bạn chiết khấu cho các dịch vụ của bạn và dựa trên quy mô hộ gia đình và thu nhập của bạn. Khoản chiết khấu này sẽ được áp dụng cho số dư của bạn sau khi bạn đáp ứng các khoản đồng thanh toán và thanh toán Bảo hiểm được thực hiện. Để đủ điều kiện được giảm phí trượt, bạn phải điền vào đơn đăng ký tối thiểu một lần mỗi năm.

Tôi tuyên bố rằng hộ gia đình tôi đã làm việc và / hoặc nhận thu nhập với số tiền $ _____ mỗi (vòng tròn một) ngày, tuần, hai tuần một lần, tháng hoặc hàng năm.Hộ gia đình của bạn nhận thu nhập từ đâu?

☐Thu nhập từ việc làm
☐An sinh xã hội hoặc khuyết tật
☐Hỗ trợ nuôi con hoặc tiền cấp
☐Thu nhập từ bất động sản cho thuê
☐ Hỗ trợ tiền mặt của tiểu bang hoặc liên bang
☐ Thất nghiệp hoặc không có thu
☐ Hưu trí hoặc lương hưu
☐ Thu nhập thất nghiệp
☐ Thu nhập khác / tiền mặt

Ai nhận thu nhập? ☐ Mình ☐ Vợ / chồng / Người quan trọng khác
☐ khác: _____

Từ chối chiết khấu phí trượt

Bạn đã **từ chối** chiết khấu phí trượt của chúng tôi. Bằng cách ký vào biểu mẫu này, bạn nói rằng bạn **không muốn** giảm phí trượt của chúng tôi. Bạn có thể đăng ký giảm giá bất cứ lúc nào, tuy nhiên, bạn sẽ không được yêu cầu đăng ký lại trong một năm kể từ ngày hôm nay. chữ ký _____ngay_____ hoặc nếu không thể ký Staff Initials _____

Tự kê khai giảm giá

Tôi hiểu rằng thông tin của tôi có thể phải được xác minh bởi Community Health Care, Inc. Tôi xác nhận rằng thông tin có trên biểu mẫu này là đúng sự thật và chính xác theo hiểu biết và niềm tin tốt nhất của tôi.

chữ ký _____ngay_____ hoặc nếu không thể ký Staff Initials _____

Chart # (Office use)	Tên của các thành viên gia đình (Sống trong hộ gia đình của bạn)	Ngày sinh	Mối quan hệ	Bảo hiểm
	Mình:			☐ Bảo hiểm tư nhân ☐Medicaid ☐ Medicare ☐ không có
	Vợ / chồng / Người quan trọng khác:			☐ Bảo hiểm tư nhân ☐Medicaid ☐ Medicare ☐ không có
	Tên trẻ em (dưới 18 tuổi):			☐ Bảo hiểm tư nhân ☐Medicaid ☐ Medicare ☐ không có
	Trẻ em (dưới 18 tuổi):			☐ Bảo hiểm tư nhân ☐Medicaid ☐ Medicare ☐ không có
	Trẻ em (dưới 18 tuổi):			☐ Bảo hiểm tư nhân ☐Medicaid ☐ Medicare ☐ không có
	Trẻ em (dưới 18 tuổi):			☐ Bảo hiểm tư nhân ☐Medicaid ☐ Medicare ☐ không có
	Trẻ em (dưới 18 tuổi):			☐ Bảo hiểm tư nhân ☐Medicaid ☐ Medicare ☐ không có

Office Use Only

Gross Household Income $_____ (Annually) Family Size _____ Sliding Fee Percentage _____

Effective Start Date _____ Effective End Date _____ Staff Initials_____