



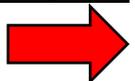
ЗАЯВКА НА ПРОГРАММУ ОПЛАТЫ СО СКОЛЬЗЯЩЕЙ ШКАЛОЙ СКИДОК и ФОРМА ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДОХОДА

Заполнение этой формы и предоставление подтверждения дохода может дать пациентам право на получение скидок на медицинские, стоматологические, психиатрические и аптечные услуги в Unity NW, которые не покрываются медицинской страховкой.

| | |
|--|--|
| Пациент / Фамилия и имя лица, заполняющего форму: | Дата рождения пациента или лица, заполнившего эту форму: |
| Почтовый адрес: | Телефон: Можем ли мы оставить подробное сообщение по этому номеру? ДА или НЕТ |
| Фактический адрес (если отличается от почтового адреса): | Адрес эл. почты: |

Пожалуйста, укажите ниже информацию обо **всех членах вашей семьи, которые включены в вашу налоговую декларацию:**

| Родство с вами | Полное имя | Дата рождения | Является ли пациентом UCNW? | | Имеет ли медицинскую страховку в настоящее время? | | Работает? | | Суммарный <u>ежемесячный</u> доход (до уплаты налогов и отчислений) | Источник дохода (социальное обеспечение, пособие по безработице, работа, семья и т. д.) | Будут ли они заявлены как иждивенцы в этом году? | |
|----------------|------------|---------------|-----------------------------|-----|---|-----|-----------|-----|---|---|--|-----|
| | | | ДА | НЕТ | ДА | НЕТ | ДА | НЕТ | | | ДА | НЕТ |
| ВЫ | | | | | | | | | \$ | | | |
| СУПРУГ | | | | | | | | | \$ | | | |
| ИЖДИВЕНЕЦ | | | | | | | | | \$ | | | |
| ИЖДИВЕНЕЦ | | | | | | | | | \$ | | | |
| ИЖДИВЕНЕЦ | | | | | | | | | \$ | | | |
| ИЖДИВЕНЕЦ | | | | | | | | | \$ | | | |
| ИЖДИВЕНЕЦ | | | | | | | | | \$ | | | |



Для точной оценки вашей семьи на получение скидки на услуги нам потребуется, чтобы вы предоставили **один из следующих** документов для подтверждения вашего дохода по методологии MAGI (суммарный доход с поправками и изменениями):

- Справки о начислении заработной платы, в которых указан доход (зарплата, оклад, чаевые и комиссионные) за последние 30 дней
- Налоговая декларация IRS 1040 для физических лиц / самозанятых, в которой указан чистый доход при ведении индивидуальной трудовой деятельности или бизнеса за предыдущий год
- Справки о пособии по безработице, показывающие доход за последние 30 дней
- Письмо о льготах / пособиях из других источников (социальное обеспечение, пособие для ветеранов) за текущий год
- Подтверждение других видов дохода семьи (алименты / поддержка супруга / супруги, пособие после выхода в отставку и пенсия, доход от инвестиций и аренды, выплаты на человека от этнического игорного бизнеса)
- Банковские выписки за последние 60 дней по всем счетам — ПРИМЕЧАНИЕ: не принимается, если вы работаете, необходимо предоставить справки о начислении заработной платы
- Нет дохода — сообщите об этом на стойке регистрации / персоналу О&Е при возврате этой формы, а также заполните форму самоаттестации UCNW

- Я не собираюсь подавать заявку на программу оплаты со скользящей шкалой скидок
- Я отказываюсь сообщать информацию о своей семье и доходах

Подписываясь ниже, я соглашаюсь с тем, что приведенная выше информация верна, и все источники дохода указаны. Я буду сообщать о любых изменениях дохода и повторно подавать заявку каждый год, даже если никаких изменений не произошло. Несоблюдение этих условий может лишить меня права на будущие скидки на оплату услуг Unity Care NW.

Подпись: _____ **Сегодняшняя дата:** _____

ТОЛЬКО ДЛЯ СОТРУДНИКОВ ОФИСА UCNW

| | | | | |
|------------------------------------|-------|---------|-------|---------|
| Income Source Received: | Type: | Amount: | Type: | Amount: |
| | Type: | Amount: | Type: | Amount: |
| Total Household Income: | | | | |
| Total Number in Household: | | | | |
| Slide Discount Determination/Date: | | | | |