



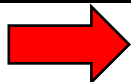
ЗАЯВКА НА ПРОГРАММУ ОПЛАТЫ СО СКОЛЬЗЯЩЕЙ ШКАЛОЙ СКИДОК и ФОРМА ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДОХОДА

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:				