

Нужна помощь с регистрацией для получения медицинской помощи?

КЛИНИКА ARLINGTON

Медицина / Стоматология / Аптека
326 S. Stillaguamish Ave., Арлингтон, WA 98223
(360) 572-5400

КЛИНИКА EDMONDS

Медицина / Первичная помощь и приемный покой /
Стоматология / Аптека / Физиотерапия
23320 ш. 99, Эдмондс, штат Вашингтон, 98026
(425) 640-5500

КЛИНИКА EVERETT-CENTRAL

Первичная медицинская помощь & Живая очередь /
Стоматология / Аптека / Физиотерапия
4201 Рукер Авеню, Эверетт, штат Вашингтон 98203
(425) 382-4000

КЛИНИКА EVERETT-COLLEGE

Первичная медицинская помощь
930 Северный Бродвей, Эверетт, штат Вашингтон 98201
(425) 595-3900

КЛИНИКА EVERETT-NORTH

Медицина / Стоматология / Аптека
1424 Бродвей, Эверетт, штат Вашингтон 98201
(425) 789-2000

КЛИНИКА EVERETT-SOUTH

Медицина / Стоматология / Аптека
1019 112-я улица SW, Эверетт, штат Вашингтон 98204
(425) 551-6200

КЛИНИКА EVERETT-SOUTH

Медицина / Стоматология / Аптека
4111 194-я улица SW, Линнвуд, штат Вашингтон 98036
(425) 835-5200

*Прием без предварительной записи предлагают
все стоматологические клиники СНС.

www.CHCsno.org

(425) 789-3789 - TTY Relay, наберите номер 711



Заявление на скидку по скользящему тарифу

Полностью заполните настоящую форму, приложите необходимую документацию о доходе всей семьи (учитывая вас и иждивенцев, заявленных в вашей последней налоговой декларации) в течение 30 дней с даты визита.

Дата оказания услуг: _____

Последняя дата подачи заявки: _____

Требующиеся подтверждающие документы:

- Заявление на скользящую скидку на суммы оплаты на всех членов семьи (с учетом иждивенцев, заявленных в последней налоговой декларации), указанных в заявлении.
- Копия налоговой декларации за прошлый год для проверки скорректированного валового дохода.
- Форма проверки дохода семьи и подтверждение дохода, ЕСЛИ любое из указанных ниже условий имеет к вам отношение:
 - Размер вашего дохода изменился со времени подачи последней налоговой декларации.
 - Вы не подаёте налоговую декларацию.

Если форма заявления заполнена не полностью или если отсутствует подтверждающая документация, форма будет возвращена и не будет рассмотрена до повторной подачи в необходимом виде.

Бюджетная помощь. Сопереживание.

Проверка уровня дохода семьи

<u>Перечислите ваш доход за последние 30 дней</u>	
Сложите:	
Заработная плата, оклады, чаевые и т. д. (приложите квитанции)	\$
Налогооблагаемые проценты, дивиденды, прирост капитала или другие доходы (приложите выписку из банка)	\$
Налогооблагаемая пенсия, аннуитет или распределения IRA (приложите выписку из банка)	\$
Пособия по социальному обеспечению (приложите письмо о выдаче или банковскую выписку)	\$
Компенсация по безработице (приложите письмо о выдаче или банковскую выписку)	\$
Доход от бизнеса (приложите IRS расписание C)	\$
Доход от аренды недвижимости, трастов, роялти, партнерств, корпораций S-типа и т. д. (приложите IRS расписание E или выписку из банка)	\$
Доход от сельского хозяйства (приложите IRS расписание F)	\$
Полученные алименты (приложите выписку из банка)	\$
Другие доходы (укажите тип и предоставьте подтверждающую документацию)	\$
Минус:	
Проценты по ссуде на обучение и/или оплаченное обучение, за исключением стипендий, премий, грантов и т. д. (приложите квитанцию)	\$
Потери капитала или другие потери (приложите выписку из банка)	\$
Выплаченные алименты (приложите выписку из банка)	\$
Общий доход семьи:	\$

Насколько мне известно, информация, приведенная в настоящей форме, является полной и достоверной. Я понимаю, что может потребоваться дополнительная информация, и я предоставляю ее в течение 14 дней с момента запроса. Я даю разрешение СНС связаться со мной, чтобы проверить вышеуказанную информацию, и понимаю, что если это заявление заполнено не в полном объеме, в заявке на скидку может быть отказано.

_____	_____
<i>Полное имя (печатными буквами):</i>	<i>Контактный номер телефона</i>
_____	_____
<i>Подпись</i>	<i>Дата</i>

Личное заявление об отсутствии доходов
 Как вы получаете еду и кров? _____

Я подтверждаю, что моя семья не имеет

_____	_____
<i>Подпись</i>	<i>Дата</i>