

Katy Trail Community Health получает федеральный грант, чтобы помочь нам в реализации этой программы скользящих скидок. Для соблюдения соответствующих положений о грантах нам необходимо получить от вас личную информацию о доходе и размере домохозяйства, которая используется для определения права на участие в программе и размера скидки, которая может применяться. Предоставленная вами информация будет храниться в файле со строгой конфиденциальностью. Вы должны ежегодно определять свое право на участие в программе или чаще, если доход вашей семьи и/или размер семьи меняются.

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ

Полное имя пациента

Адрес

Номер телефона

Дата рождения

Социальное обеспечение (SS #)

Имя Работодателя

Если не работаете, дата последнего дня или работы

РАЗМЕР СЕМЬИ (Пожалуйста, укажите всех членов вашей семьи, за которых вы несете финансовую ответственность, включая себя)

Имя пациента/члена домохозяйства	Имеет доход (да/нет)	Дата рождения	Отношение к пациенту	KTCH Пациент (д/н)
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		

ДОХОД СЕМЬИ (Вы должны сообщать обо всех доходах всех членов семьи. Кроме того, мы требуем подтверждения всех доходов. Самая последняя налоговая декларация является предпочтительным методом или последние платежные квитанции, письма о награждении, заявления о пособиях, решение о разводе и / или любые другие доказательства источников и сумм доходов)

Источник дохода	Получено (отметьте один)				Количество	Количество(отметьте один)			For Office Use Only
	Себя	Супруг	Ребенок	Другой		неделя	месяц	год	
Заработок (зарплата, оклады и доход от самозанятости)					\$				
Доход от процентов и/или дивидендов					\$				
Пособие по безработице					\$				
Поддержка ребенка					\$				
Алименты					\$				
Регулярные взносы лиц, не проживающих в домохозяйстве					\$				
Компенсация рабочим					\$				
Социальное обеспечение и/или дополнительный доход (SSI)					\$				
Государственная помощь (включая TANF и другие денежные пособия)					\$				
Арендная плата, роялти, недвижимость и доход от траста					\$				
Пенсии по старости / по случаю потери кормильца / по инвалидности и аннуитеты (государственные и негосударственные)					\$				
Выплаты ветеранам					\$				
Образовательная помощь (государственная и негосударственная)					\$				
Негосударственная образовательная помощь					\$				
Негосударственная образовательная помощь					\$				

ПРИМЕЧАНИЕ. Если вы не раскрываете семейный доход, мы просим вас объяснить вашу жизненную ситуацию на следующей странице и раскрыть сумму и источник любой неуказанной поддержки, которую вы получаете, чтобы вы могли позволить себе жилье, питание и другие предметы первой необходимости.

Годовой доход

Объяснение жизненной ситуации, если доход не указан:

Участвуя в Программе скидок на скользящую плату КТЧН, я знаю, что КТЧН будет предоставлять телефонные звонки и текстовые сообщения для напоминаний и информации о моей скидке на скользящую плату. Да, я хочу получать смс/звонки Нет, я не хочу получать смс/звонки

Подписываясь ниже, я даю согласие Katy Trail Community Health подтвердить любую раскрытую информацию в этом приложении. Я также понимаю и признаю, что предоставление ложной информации считается мошенничеством и приведет к отклонению этого заявления, и что я буду платить за предоставленные услуги. Я понимаю, что мое решение о соответствии требованиям действительно в течение ровно одного года с даты подачи заявки, после чего требуется еще одна заявка для продолжения участия в программе скидок на скользящую плату. Я согласен информировать Katy Trail Community Health, если мое финансовое положение улучшится, и заполню новую заявку на пересмотр моего права на участие и уровень скидки.

Подпись заявителя

Дата

OFFICE USE ONLY

INCOME VERIFICATION DOCUMENTS PROVIDED

Tax Form 1040, 1040A or 1040EZ

Pay Stubs

Other:

Other:

Other:

Other:

Other:

Eligibility Period

Start Date _____

End Date _____

Household Size

Income Level

Sliding Fee Discount Level

Application is:

Accepted Rejected

If Rejected, please state reason:

Completed By _____

Date _____

