

Все графы должны быть заполнены, и вся информация должна быть предоставлена в течение 45 дней. Если вся информация не будет предоставлена в течение 45 дней, The Everett Clinic будет следовать своим правилам по взиманию оплаты в соответствии со статусом счета.

БЛАНК ЗАЯВЛЕНИЯ НА ФИНАНСОВУЮ ПОМОЩЬ

ЛИЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Имя: _____	Дата рождения: _____
Текущий адрес: _____	Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____
Номер телефона (домашний): (____) _____ - _____	Номер телефона (рабочий): (____) _____ - _____ X _____
Семейное положение: (одинокий) <input type="checkbox"/> (женатый) <input type="checkbox"/> (разведенный) <input type="checkbox"/> (вдовый) <input type="checkbox"/>	# счета в The Everett Clinic: _____
Имя супруга(и): _____	Дата рождения: _____
Число иждивенцев (моложе 18 лет): _____	
Имя: _____	Дата рождения: _____
_____	_____
_____	_____

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ДОХОДА СЕМЬИ

- Корешки чеков зарплаты за один месяц, показывающие доход до вычетов для всех членов семьи
- Корешки чеков пособия по безработице
- Корешки чеков пособия социального обеспечения
- Корешки чеков пособия по инвалидности / Письмо о присуждении пособия по инвалидности
- Банковские отчеты / Подтверждение прямого депозита
- Если вы заявляете, что у вас нет никакого дохода, предоставьте нотариально заверенное письмо лица, материально поддерживающего вас

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ УПЛАТЫ НАЛОГОВ

Последняя налоговая декларация / выписка, подтверждающая неподачу налоговой декларации, с вебсайта IRS по адресу: www.irs.gov

Примечание: налоговая декларация не требуется, если вы получаете пособие SSI / пособие по инвалидности. Базовая сумма для неподачи налоговой декларации составляет \$25,000

Требуются все страницы ответа из отдела DSHS, предоставляющего помощь для получения медицинского обслуживания.

Чтобы получить бланки заявления, обратитесь к сотруднику вашего районного Офиса общественного обслуживания или позвоните 1-800-562-3022, или онлайн www.dshs.wa.gov

Я удостоверяю, что все данные, приведенные в данном заявлении, являются правдивыми и полными. Я согласен предоставить информацию о моем финансовом положении, которую вы можете запросить. Я разрешаю, чтобы все страховые выплаты, сделанные моим страховым планом, были оплачены непосредственно The Everett Clinic.

Подпись заявителя

Дата

Дата созаявителя

Дата

Пожалуйста, верните это заявление по адресу: P.O. Box 5127 Everett, WA 98206