

يُرجى التحقق من جميع مصادر الدخل الإجمالي لجميع أفراد الأسرة المدرجين في الصفحة 1 يجب أن تكون جميع عمليات التحقق من الدخل سارية في خلال 30 يوماً من تاريخ تقديم الطلب الأصلي

_____ إجمالي الأجور/الرواتب	_____ أعمال حرة	_____ مساعدة عامة	_____ ضمان اجتماعي – SSI، أو SSD، أو تقاعد SS
_____ معاش تقاعدي/تقاعد	_____ مخصصات قدامى المحاربين	_____ الإعاقة في ولاية نيويورك	_____ تعويضات العمال
_____ البطالة	_____ إعالة الطفل	_____ نفقة	_____ دخل من الفوائد
_____ إيرادات من الإيجار	_____ ممتلكات مُدرة للدخل	_____ دخل من النزلاء/المستأجرين	_____
_____ أرباح الأسهم/التأمين على الحياة	_____ أخرى		

يجب على المريض كتابة اسمه في بداية كل سطر أدناه

أنا _____ أفهم أنني يجب أن أكون مريضاً نشطاً في المركز الصحي، أو مسجلاً في برنامج المركز الصحي.

أنا _____ أفهم أن البطاقة (البطاقات) المقدمة لي تقتصر على موقع المركز الصحي، أو برنامج المركز الصحي، أو الصيدلية المحددة، أو موفري خدمات المختبرات والأشعة السينية.

أنا _____ أفهم أن الرسوم الوحيدة التي يدفعها برنامج خصم الرسوم المتدرج هي الرسوم مقابل زيارات العيادات في المركز الصحي أو برامج المركز الصحي. ويشمل ذلك الخدمات الطبية، وخدمات طب الأسنان، وخدمات الصحة السلوكية في الموقع (إن وجدت).

أنا _____ أفهم أنني سألتقى قائمة بإجراءات وخدمات طب الأسنان المغطاة المقدمة في المركز الصحي أو برنامج المركز الصحي بموجب هذه الاتفاقية.

أنا _____ أفهم أن برنامج خصم الرسوم المتدرج قد يغطي أيضاً رسوم خدمات المختبرات أو الأشعة السينية أو الوصفات الطبية التي يطلبها موفر خدمات المركز الصحي.

أنا _____ أفهم أنني قد أستلم فاتورة مباشرة من LabCorp وأدرك أنه من مسؤوليتي أن أقدم نسخة من هذه الفاتورة إلى Mosaic Health لمراجعتها ودفع ثمنها من خلال برنامج خصم الرسوم المتدرج.

أنا _____ أفهم أن الرسوم التالية لا يشملها هذا البرنامج: زيارات غرف الطوارئ، ورسوم الإسعاف، وجراحة العيادات الخارجية/الجوالة، ورسوم مستشفى المرضى الداخليين، وزيارات عيادات الاختصاصيين، والوصفات الطبية التي كتبها الاختصاصي، ورسوم أخرى غير مدرجة في القائمة.

أنا _____ أفهم أن موفر خدمات المركز الصحي غير ملزم بإعادة كتابة الوصفة الطبية المكتوبة من قبل موفري الخدمات الصحية الآخرين.

أنا _____ أفهم أنني قد أكون مؤهلاً للاشتراك في برامج أخرى مثل Medicaid، وChild Health Plus، وEPIC، وبرنامج المساعدة في الحصول على الوصفات الطبية، وما إلى ذلك، وتم تشجيعي على التقدم بطلب.

أنا _____ أفهم أنه إذا حدثت أي تغييرات في وضعي المالي، فيجب أن أخطر مسجل البرنامج على الفور وأن أقدم معلومات محدثة عن الدخل. أفهم أنه إذا أخفقت في تقديم معلومات محدثة، فسوف أفقد مخصصات خصم الرسوم المتدرج.

أنا _____ أفهم أن هذا الطلب صالح لمدة تصل إلى عام واحد. قد تؤدي ظروف معينة إلى إنهاء الطلب.

إقرار المريض والاتفاقية

أشهد بموجب هذا أن المعلومات التي قدمتها بشأن وضعي المالي الحالي وعدد أفراد الأسرة صحيحة ودقيقة، على حد علمي. وأنه قد تم شرح التغطية التي يوفرها البرنامج لي. ولقد تلقيت رسالة توضح جميع الخدمات وأين يمكن الحصول عليها. كما أفهم أيضاً أنه يجب عليّ دائماً تقديم بطاقتي عند الحصول على الخدمات. لقد تم شرح فترة التفويض ومبلغ الخصم/الدفع المشترك لي وأنا أفهم كليهما.

مقدم الطلب/رب العائلة (يُرجى الكتابة بأحرف واضحة) _____ توقيع مقدم الطلب/رب العائلة

إذا قمت بملء هذا الطلب نيابةً عن شخص آخر، يُرجى كتابة اسمك بخط واضح والتوقيع عليه، وكذلك كتابة صلة القرابة بمقدم الطلب.

اسم الممثل (يُرجى الكتابة بأحرف واضحة) _____

توقيع الممثل _____

صلة قرابة الممثل بمقدم الطلب/رب العائلة _____

الدخل السنوي المعدل (إجمالي الدخل - رصيد الدخل المكتسب - 90 دولارًا شهريًا - 1080 دولارًا سنويًا)	السنوي	مصدر الدخل - كل أسبوع/كل أسبوعين، وما إلى ذلك.	فرد الأسرة	مصدر الدخل (يجب أن يكون مصدر الدخل الحالي)
دولار	دولار	دولار	دولار	إجمالي الأجر/الرواتب (الدخل قبل الضرائب) - آخر 4 كعوب دفع إذا تم دفعها أسبوعيًا، آخر اثنين (2) من كعوب الدفع إذا تم دفعها مرتين أو كل نصف شهر أو بيان من صاحب العمل يقدم نفس المعلومات أو DHHS Employers
دولار	دولار	دولار		
دولار	دولار	دولار	دولار	
دولار	دولار	دولار	دولار	أعمال حرة - آخر سنتين (2) من نماذج ضريبة الدخل أو 1099s والتحقق من نفقات الأعمال
دولار	دولار	دولار	دولار	
دولار	دولار	دولار	دولار	
دولار	دولار	دولار	دولار	المعاش التقاعدي/التقاعد، مخصصات المحاربين القدامى
دولار	دولار	دولار	دولار	
دولار	دولار	دولار	دولار	
دولار	دولار	دولار	دولار	الإعاقاة في ولاية نيويورك، تعويضات العمال، البطالة
دولار	دولار	دولار	دولار	
دولار	دولار	دولار	دولار	
دولار	دولار	دولار	دولار	ممتلكات مُدرة للدخل، إيرادات من الإيجار، دخل من النزلاء/المستأجرين
دولار	دولار	دولار	دولار	
دولار	دولار	دولار	دولار	
دولار	دولار	دولار	دولار	أرباح الأسهم/التأمين على الحياة، دخل من الفوائد
دولار	دولار	دولار	دولار	
دولار	دولار	دولار	دولار	
دولار	دولار	دولار	دولار	مساعدة عامة، الضمان الاجتماعي: دخل الضمان التكميلي، أو دخل الإعاقاة للضمان التكميلي، أو مخصصات التقاعد للضمان الاجتماعي
دولار	دولار	دولار	دولار	
دولار	دولار	دولار	دولار	
دولار	دولار	دولار	دولار	نفقة، إعالة الطفل
دولار	دولار	دولار	دولار	
دولار	دولار	دولار	دولار	
دولار	دولار	دولار	دولار	غير ذلك _____
دولار	دولار	دولار	دولار	
دولار	دولار	دولار	دولار	
دولار	دولار	دولار	دولار	غير ذلك _____
دولار	دولار	دولار	دولار	
دولار	دولار	دولار	دولار	
دولار	دولار	دولار	دولار	غير ذلك _____
دولار	دولار	دولار	دولار	
دولار	دولار	دولار	دولار	
الإجمالي بالدولار	الإجمالي بالدولار	الإجمالي بالدولار	الإجمالي بالدولار	