



Le patient refuse de remplir la forme qui lui donne droit a un rabais

Centre de Santé La Red

Application pour échelle de paiement

Effective du 1er Mars 2019 au 29 Février 2020

Veuillez répondre à toutes les questions relatives à cette application.

INFORMATION PERSONNELLE

Nom: _____ Prénom: _____
 Date de Naissance: ____/____/____ MM/JJ/AA No. de Sécurité Sociale: ____ - ____ - ____
 Adresse (domicile): _____
 Ville: _____ No. de téléphone (domicile): (____) ____ - ____
 Etat: _____ Code Postale: _____ No. de téléphone (Portable): (____) ____ - ____

INFORMATION FAMILIALE

Nom du conjoint: _____
 Date de Naissance: ____/____/____ MM/JJ/AA No. de sécurité Sociale: ____ - ____ - ____

Liste des dépendants:

	Nom	No. de Sécurité Sociale	Date de Naissance	Lien de Parenté
1.	_____	____ - ____ - ____	____/____/____	_____
2.	_____	____ - ____ - ____	____/____/____	_____
3.	_____	____ - ____ - ____	____/____/____	_____
4.	_____	____ - ____ - ____	____/____/____	_____
5.	_____	____ - ____ - ____	____/____/____	_____

INFORMATION FINANCIERE

Soumettre vérification () Copie du 'Tax Return' le plus récent () Forme 4506-T
 de salaire : () Sécurité Sociale/ handicapé () Deux souches de chèques récentes

Ayant complété cette application pour échelle de paiement, j'affirme de bonne foi l'information ci-dessus véridique. **Je comprends que je suis responsable de toute changement applicable pour le temps de chaque service.**

Signature de l'applicant

Date

ELIGIBILITY INFORMATION – FOR OFFICE USE ONLY

Annual Gross Income \$ _____

Number of Dependents _____

Application Approved

Sliding Fee Scale (A) (B) (C) (D) (E)

Application Denied – RESPONSIBLE FOR 100% OF BILL

Gross Income 1

Gross Income 2

Gross Income 3

Total Income

Processed By

Date