



Centre de Santé La Red

Application pour échelle de paiement

Effective du 1er Mars 2009 au 28 Février 2010

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 de moins de 18 ans:

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

INFORMATION FINANCIERE

Soumettre vérification de salaire () Copie du 'Tax Return' le plus récent () Forme 4506-T
() 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. **Il demeure entendu qu'à chaque visite médicale un paiement minimum de \$ 30.00 est requis.**

Signature de l'applicant

Date

ELIGIBILITY INFORMATION – FOR OFFICE USE ONLY

Annual Gross Income \$ _____ Number of Dependents _____

Application Approved () 20% Payment (A) () 40% Payment (B)
() 60% Payment (C) () 80% Payment (D)

Application Denied – RESPONSIBLE FOR 100% OF BILL

Processed By

Date