



2018

Chart Number _____
(for internal use only)

Lindquist Dental Clinic for Children

Parkland * South Tacoma * Gig Harbor * Bremerton

Приложение для финансовой помощи

LDCC - это частная некоммерческая стоматологическая клиника, и мы очень усердно работаем над тем, чтобы мы выполнили свою миссию: «Обеспечить доступную, сострадательную и эффективную стоматологическую помощь детям Пьюджет-Саунд». Критическая часть выполнения нашей миссии - предлагать «Финансовую помощь» тем, кто имеет мало покрывающую страховку или не имеет страховки. Хотя LDCC «не отторгает ребенка из-за невозможности платить», мы НЕ «**бесплатная клиника**». Определение «платежеспособности семьи» и суммы финансовой помощи, на которую может претендовать ваша семья, зависит от размера вашей семьи и валового дохода домохозяйства (а не от количества других счетов). Основано на эти факторы, ваша семья может претендовать на финансовую помощь, а стоматологические услуги, предоставляемые вашему ребенку / детям, будут распределяться по шкале скользящего с учетом того, что вы заплатите часть этого финансового соглашения. Как бы нам не хотелось не принимать оплату за свои услуги, для того чтобы мы могли продолжать предоставлять зубную помощь местным детям, семьи должны соблюдать свой процент оплаты за полученные услуги

Дата: _____

Имя родителя/ опекуна _____

Телефон Родителя/ _____
 () — () — () —
 Мобильны Домашний Рабочий

Глава сем'и: ____ Муж ____ Жена Военный?: ____ Активный ____ В Отставке ____ Резерв

Семейный расовый / этнический фон (Если вы связываетесь с более чем одной расой / этнической принадлежностью, пожалуйста, отметьте все, что подходит)

____ Кавказец ____ Афроамерикан ____ Испано/Латинец ____ Азиат
 ____ Восточно-Европ ____ Гавайский ____ Многорасовых ____ Другие _____

Справка о доходах

Просьба представить доказательства дохода семьи в виде платных счетов или выплат для всех доходов родителей / опекунов. Если имеете более чем одну работу, или если работает более одного родителя / опекуна, необходимы доказательства дохода для всех доходов и / или обоих родительских / опекунов.

Как часто	2 x Месяц	Каждых 2 нед	1 x Месяц	Еженедельно	Другие
Доказательство #1					
Доказательство #2					
Доказательство #3					
Доказательство #4					
Доказательство #5					
Всего					
Умножить	24	26	12	52	
Итог					

Общий годовой доход : _____

Размер сем'и : _____

Я предоставляю информацию выше для получения финансовой помощи от Lindquist Dental Clinic for Children. Я подтверждаю, что приведенная выше информация верна и представляет собой общий семейный доход. Я понимаю, что заявление о финансовой помощи должно быть заполнено на ежегодной основе, включая новые доказательства дохода, чтобы продолжать получать финансовую помощь. При изменении приведенной выше информации я обновляю приложение в файле с новой информацией.

Подпись : _____

Дата : _____

Заключительное Соглашение

Эта форма является финансовым соглашением между мной и Lindquist Dental Clinic for Children (LDCC).

- _____ Вы не обращались за финансовой помощью
- _____ Вы не подлежите для получения финансовой помощи
- _____ Ви подлежите для финасовой помощи

Основываясь на размере вашей семьи и валовом доходе, который вы предоставили, вы имеете право на получение финансовой помощи. LDCC может предоставлять стоматологические услуги вашему ребенку / детям:

- _____ от _____ % От платы наших услуг
- _____ от _____ % Вашей части не оплаченной вашей страховкой
- _____ Отсутствие издержек на покрытие покрываемых услуг из-за страхового покрытия TriCare Dental страховка и военного статуса

У вас есть следующие варианты оплаты:

Минимальный платеж в размере 25% от открытого баланса или баланса семьи должен быть предоставлен во время службы если у вас есть баланс или текущий план платежей.

- _____ Периодические ежемесячные платежи с использованием вашей кредитной карты или дебетовой карты в файле. Платежи будут либо делаться на 12 месяцев, либо ваш баланс равномерно распределяется в месяц за равные ежемесячные платежи (не менее 40 долларов США) в месяц), в зависимости от того, что больше, до выплаты баланса:

_____ Баланс \$ _____ Распределить на 12 месяцев
_____ Количество \$ _____ Ежемесячно для _____ Месяцев

- _____ Оплата производится в полном объеме при каждой услуге

Подписывая эту форму, я вхожу в финансовое соглашение с LDCC и соглашаюсь оплатить свою часть стоматологических услуг, как указано выше.

Имя

Подпись

Дата

Электронная почта, по которой вы хотели бы получить квитанцию для платежей, которые будут отправлены :

Если не предоставлена электронная почта, квитанции будут отправлены по адресу в файлею

Internal LDCC Use

Income verified by: _____ Financial assistance added: _____ Recurring billing est: _____