



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 2023 au 29 Février 2024

Veuillez répondre à toutes les questions relatives à cette application.

INFORMATION FAMILIALE

Nom du conjoint: _____

Date de Naissance: ____ / ____ / ____ MM/JJ/AA

Liste des dépendants:

	Nom	Date de Naissance	Lien de Parenté	Patient
1.	_____	____ / ____ / ____	_____	[]
2.	_____	____ / ____ / ____	_____	[]
3.	_____	____ / ____ / ____	_____	[]
4.	_____	____ / ____ / ____	_____	[]
5.	_____	____ / ____ / ____	_____	[]

INFORMATION FINANCIERE

Soumettre vérification de salaire : () Copie du 'Tax Return' le plus récent () Relevé bancaire
 () 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