

# እንደ ገቢ መጠን የሚከፈል የክፍያ ቅናሽ መርሐ ግብር

SLIDING FEE DISCOUNT PROGRAM



Neighborcare Health እንደ ገቢ መጠን ክፍያ የቅናሽ መርሐ ግብር በቤተሰብ ብዛት እና ገቢ ላይ የተመሰረተ የፌዴራል መመሪያዎችን ይከተላል። ታካሚዎች የሚከተሉትን ማድረግ አለባቸው፡

- ማመልከቻን ለመሙላት ከብቁነት ባለሙያ ጋር ቀጠሮ ይያዙ።
- ለቤተሰብ ገቢ አስተዋፅዖ ለሚያደርጉ ግለሰቦች የቤተሰብ ብዛት፣ አጠቃላይ የቤተሰብ ገቢ እና የማንነት መረጃን በተመለከተ የመረጃ ማረጋገጫ ያቅርቡ። ማመልከቻዎች እና የድጋፍ ሰነዶች የታተሙ ቅጂዎች በጤና ባጣይ ለሚገኝ የብቁነት ባለሙያ ወይም እፊት ለሚቀመጡት ሰራተኞች በቀጥታ መሰጠት አለባቸው። በፖስታ መላክም ሆነ ፋክስ መላክ አይችሉም።

## የጠቅላላ የቤተሰብ ገቢ ሰነድ ምሳሌዎች፡-

- ለእያንዳንዱ የቤተሰብ አባል ለገቢ የሚያዋጣው የ30 ቀናት አጠቃላይ ገቢ ማረጋገጫ። በተለይም ሁሉም ዓይነት በስራም ሆነ ይለስራ የሚገኙ የገቢ ምንጮች። ለምሳሌ የሚከተሉትን ያካትታል፡ 1040 የፌዴራል የታክስ ቅጽ፣ የደመወዝ ክፍያ፣ ጉርሻ/ሰጠታ ክፍያ፣ ከሚሰሩበት ድርጅት የጉርሻዎች ክፍያ፣ የወታደራዊ ክፍያ፣ የግል ስራ፣ በትርፍ ጊዜ ማሳለፊያ ገቢ፣ ለግል አገልግሎቶች ማካካሻ፣ ከወለደ ወይም ከአመታዊ ገቢ ከፋይ፣ ከንግድ የትርፍ ክፍያ፣ ጡረታ (IRA)፣ የኪራይ ክፍያ፣ ከውጭ አገር የመጣ ገቢ፣ እንዲሁም የመጨረሻ ሁለት ክፍያዎች፣ ከፍቺ በኋላ የባል ወይም ለሚስት የሚከፈል ክፍያ፣ የስራ አጥነት ማረጋገጫዎች ክፍያዎች፣ ወዘተ.
- ምንም ዓይነት ገቢ ከሌለዎት ከድርጅት/ግለሰብ የድጋፍ ደብዳቤ ወይም ማጣቀሻ እና የተፈረመ የዜግ ገቢ መግለጫ ያቅርቡ።

## የማንነት ማረጋገጫ፡-

- የቅርብ ቀን የፎቶ መታወቂያ እንደ መንጃ ፍቃድ፣ በመንግስት የተሰጠ መታወቂያ ካርድ(ID)፣ የወታደር መታወቂያ(ID)፣ ወዘተ.
- እባክዎ ከላይ የተዘረዘሩትን መረጃዎች በእያንዳንዱ ጉዳይ ላይ በአርባ አምስት (45) ቀናት ውስጥ ያቅርቡ (ወይም Neighborcare Health ህክምና የሚፈለጉትን ሌሎች ሰነዶችን እንደየሁኔታው) ያቅርቡ ወይም ለእነዚያ ክፍያዎች ሙሉውን ገንዘብ መክፈል አለብዎት።
- የገቢ መረጃን ላለመስጠት እመርጣለሁ እና ለተሰጡ አገልግሎቶች ሙሉ ክፍያ ተጠያቂ እንደምሆን ተረድቻለሁ።

## እራስዎን እና ሁሉንም የቤተሰብዎን አባላት ከእዚህ በታች ይዘርዝሩ፡-

|     |  |           |  |     |  |           |  |
|-----|--|-----------|--|-----|--|-----------|--|
| ስም: |  | የትውልድ ቀን: |  | ስም: |  | የትውልድ ቀን: |  |
| ስም: |  | የትውልድ ቀን: |  | ስም: |  | የትውልድ ቀን: |  |
| ስም: |  | የትውልድ ቀን: |  | ስም: |  | የትውልድ ቀን: |  |
| ስም: |  | የትውልድ ቀን: |  | ስም: |  | የትውልድ ቀን: |  |

## የጤና ኢንሹራንስ ካለዎት፣ ይህን ክፍል ይሙሉ፡-

|                       |                      |   |
|-----------------------|----------------------|---|
| የኢንሹራንስ ስም፡-          | የተመዘጋቢ ስም/ የታካሚ ስም፡- |   |
| የፖሊሲ ቁጥር፡-            | የቡድን ቁጥር፡-           |   |
| የኢንሹራንስ ስልክ ቁጥር፡      | የስራ ስልክ፡-            |   |
| ከተመዘጋቢ ጋር ያለው ግንኙነት፡- | ተመዘጋቢ የተወለደበት ቀን:    | / / (ጾታ) <input type="checkbox"/> ወንድ <input type="checkbox"/> ሴት |

ከላይ ያለውን መረጃ ተረድቻለሁ እናም የቤተሰቤን መጠን፣ የቤተሰብ ገቢ እና ለገቢ አስተዋጽኦ የሚያደርጉትን የቤተሰብ አባላት ግላዊ ማንነት ለማረጋገጥ የመረጃ ማረጋገጫ እንዳቀርብ ተስማምቻለሁ። ይህንን መረጃ ከአገልግሎት አቅራቢዬ ጋር ከሄድኩበት ቀን በአርባ አምስት (45) ቀናት ውስጥ መረጃዎችን ካላቀረብኩኝ ሙሉ ክፍያ እንደም ከፍል ተረድቻለሁ። በኢንሹራንስ አገልግሎት አቅራቢዬ ያልተሸፈኑ ወጪዎችን በሙሉ ለመክፈል ተስማምቻለሁ።

Neighborcare Health በገቢዎ አንጻር የሚከፈል የክፍያ ቅናሽ መርሐ ግብር፣ ሆስፒታል ለሚተኙ የወሊድ ታካሚዎች እንዲሁም ሌሎች የህክምና ሂደት አገልግሎቶችን አይሸፍንም።

እርጉዝ ከሆኑ፣ እባክዎን በመንግስት የሚደገፈው ኢንሹራንስ ወይም ሜዲኬይድ ብቁ መሆንዎን ለመወሰን ብቁ ለመሆን ቀጠሮ ይያዙ። ብቁ ካልሆኑ የቅድመ ወሊድ ስምምነት እንዲፈረሙ እና የክፍያ እቅድ እንዲያዘጋጁ ይጠየቃሉ። ለበለጠ መረጃ እባክዎን የታካሚ መለያ ስፔሻሊስት (206-548-3100) ይገናኙ።

|                  |  |             |          |                 |  |
|------------------|--|-------------|----------|-----------------|--|
| ፈርማ:             |  | የተጠየቀበት ቀን: |          | የተረጋገጠበት ቀን:    |  |
| የታካሚ ሙሉ ስም ይጻፉ፡- |  | የሚቃጠልበት ቀን፣ |          | የህክምና መዝገብ ቁጥር፣ |  |
| ዋና ስልክ፣          |  | የቤተሰብ መጠን፣  | የዕመት ገቢ፣ | ሚዛን፣            |  |
| የግል ኢሜይል፣        |  | የመዘገበው ሰው፣  |          | ሚዛን፣            |  |

AMHARIC — REV 04-2023