

الإقرار الشخصي عن دخل الأسرة

الاسم الكامل لمقدم الطلب:	الطرف المسؤول:
العنوان:	تاريخ الميلاد:
المدينة، الولاية، الرمز البريدي:	رقم الهاتف الرئيسي:

- يجب أيضاً على **جميع المتقدمين** الذين يستخدمون الإقرار الشخصي لدخل الأسرة أن يكملوا طلب خصم الرسوم حسب الدخل.
- يسمح باستخدام نموذج الإقرار الشخصي لدخل الأسرة **مرتين فقط**.
- إذا لم يكن مقدم الطلب قد استكمل موعد خصم الرسوم حسب الدخل قبل زيارته الثالثة للمركز، فسيكون مسؤولاً عن الرسوم الكاملة للزيارة.

يرجى إعطاء دخل الأسرة السنوي (قبل الاستقطاع)

يرجى إعطاء عدد الأشخاص الذين يعيشون في منزلك.

وبتوقيعي، أشهد أنه اعتباراً من تاريخ توقيعي، قدمت أفضل تقديراتي لدخل أسرتي وعدد الأشخاص في أسرتي. وأنا أفهم أن الإقرار الشخصي اليوم عن دخل أسرتي يسمح به مرتين فقط. أنا أفهم أنه إذا لم يتم إكمال موعد خصم الرسوم حسب الدخل لتحديد الأهلية قبل زيارتي القادمة للمركز، سوف أكون مسؤول عن الرسوم الكاملة للزيارة.

التاريخ

توقيع مقدم الطلب / الطرف المسؤول

ليس مطلوب من المرضى إكمال المعلومات أدناه

TODAY THE ABOVE APPLICANT QUALIFIES FOR SCALE _____ BASED ON THE INFORMATION PROVIDED.

THE ABOVE APPLICANT HAS SCHEDULED A SLIDING FEE DISCOUNT ELIGIBILITY APPOINTMENT ON

DATE:

TIME:

Office Staff Signature: _____