

优惠计划申请人协议

- 本人明白，本人的优惠百分比可能根据本人申请的最终审查结果而调整。
- 本人明白，本人必须提供此申请表所列出的每个人的可接受的收入证明。
- 本人明白，对于以上提供的信息，如有任何变更，本人有责任通知 Valley Health。
- 本人明白，本人必须每年更新本人的申请，并提供收入证明以保持有效的参与状态。
- 本人已阅读浮动收费优惠计划政策 (Sliding Fee Discount Program Policy) 的其他条款，并同意每一条条款。

本人特此保证，为此申请所提供的信息准确无误，且本人已授权 Valley Health 系统对以上所提供的任何信息进行核实。

必须填写： 申请人签名： _____ 日期： _____

将此填妥的申请表和文件返还至您的 Valley Health 中心或返还至以下地址：

Valley Health-Business Office; Attn: Sliding Fee Coordinator * 5636 Route 60, Suite 1B* Huntington, WV 25705

