

ĐƠN XIN GIẢM GIÁ CHO NGƯỜI ĐƯỢC MIỄN TRỪ VỀ Y TẾ (MERRA)

PHẦN 1 THÔNG TIN VỀ ĐƯƠNG ĐƠN		CHỈ CHO THÀNH PHỐ DỪNG	
Họ Tên và Địa Chỉ Dịch Vụ của Đương Đơn:	Địa Chỉ Gửi Thư hoặc Đối Tên	Account Number	
		Case Number	
		Denied by	Approved by
		Date	Date
Số điện thoại ban ngày ()	Số điện thoại của người chăm sóc ()	Cancel by	
Tên của khu cư xá hoặc nhà condo	Tên của công viên nhà di động (bao gồm địa chỉ và chỗ #)	Date	

PHẦN 2 THÔNG TIN VỀ THÙNG XE ĐỰNG RÁC	GIÁ BIỂU MERRA CHỈ ÁP DỤNG CHO CÁC THÙNG XE 64 GA-LÔNG VÀ LỚN HƠN.			
Chọn cỡ thùng xe đựng rác: Đánh dấu vào ô thích hợp để chọn thùng xe Lưu ý: Cần có sự cho phép của chủ nhân cho các thùng xe cỡ lớn, và phải ký tắt dưới đây. Tôi _____, cho phép thay đổi trên bản kết toán hóa đơn tiện ích của tôi - Số Tài Khoản _____ Xin ký tắt _____	Cỡ thùng xe - đánh dấu vào một	Cỡ thùng xe	Giá Biểu Thông Thường	Giá Giảm
		64 ga-lông	\$55.00	\$27.50
		96 ga-lông	\$82.50	\$55.00
		128 ga-lông	\$110.00	\$82.50
		160 ga-lông	\$137.50	\$110.00
		192 ga-lông	\$165.00	\$137.50
		224 ga-lông	\$192.50	\$165.00

1	<input type="checkbox"/> Đánh dấu vào đây Tôi xác nhận là thông tin trên đơn xin này là đúng sự thật và chính xác. Tôi hiểu rằng việc tiết lộ về y tế sẽ được dùng để xác nhận tình trạng y tế hiện tại của tôi và sẽ vẫn có hiệu lực trong ba năm. <i>MERRA chỉ dành cho đương đơn mà thôi và không được chuyển nhượng sang những người cư ngụ khác.</i>	2	Chữ Ký của Đương Đơn	Ngày
----------	---	----------	----------------------	------

PHẦN 3 CHỨNG NHẬN CỦA BÁC SĨ	
Tôi, người ký tên dưới đây, xác nhận rằng tôi là một bác sĩ y khoa có giấy phép hành nghề và được phép hành nghề y tại Tiểu Bang California.	
Tôi xác nhận thêm _____ là bệnh nhân của tôi và người này bị một tình trạng y khoa tiếp diễn khiến tạo ra rất nhiều rác thải về y khoa.	
Họ Tên Viết Chữ In	Địa Chỉ và Số Điện Thoại Sở Làm
Chữ Ký của Bác Sĩ	Số giấy phép
Ngày	