

Սոյն պրօշիրը կրնաք ունենալ
Արեւմտահայերէնով

本手册有中文版本。

Cette brochure est disponible en français.

Diese Broschüre steht in deutscher Sprache
zur Verfügung.

Daim ntawn qhia no muaj ua ntawn Hmoob.

本パンフレットは日本語でご利用いただけ
ます。

본 자료는 한국어로 이용하실 수 있습니다.

Эту брошюру можно получить на
русском языке.

Este folleto está disponible en español.

Ang brochure na ito ay makukuha sa
Tagalog.

Có tài liệu này bằng tiếng Việt.

Ֆինանսական օգնության ծրագիր

AdventistHealth.org/FAP
844-827-5047

Ձեր բժշկական հաշիվների համար օգնություն ստանալը

Ֆինանսական օգնության ծրագիր



Adventist Health-ում մենք մեծ ջանք ենք գործադրում ձեր առողջ մնալուն օգնելու համար: Սա ներառում է օգնության մատուցումը, եթե դժվարանում եք վճարել ձեր բժշկական հաշիվը: Ձեզ միշտ մատչելի պետք է լինի բժշկական խնամքը, նույնիսկ եթե չեք կարծում, որ կարող եք վճարել:

Օգնության կարիք ունեք ձեր հաշվի վճարման համար

Որպեսզի պարզեք ձեր բժշկական հաշվի վճարման օգնության համար ձեր իրավասու լինելը, խնդրեք լրացնել ֆինանսական օգնության դիմում: Դիմումը կարող եք լրացնել խնամք ստանալիս կամ ձեր հաշիվն ստանալուց հետո: Մենք այս ձևի վրա ձեր ներկայացրած տվյալները կօգտագործենք տեսնելու, թե արդյոք որակավորվում եք ձեր հաշվի վճարման օգնության համար:

Ընդհանրապես՝

- Եթե ձեր տարեկան եկամուտը նվազ կամ հավասար է ընթացիկ Դաշնային աղքատության ուղեցույցի (Federal Poverty Guideline) 200%-ին, կարող եք որակավորվել լրիվ զեղչի՝ ձեր հաշվի վրա:
- Եթե ձեր եկամուտը ավելի է ընթացիկ Դաշնային աղքատության ուղեցույցի (Federal Poverty Guideline) 200%-ից, կարող եք որակավորվել մասնակի զեղչի՝ ձեր հաշվի վրա:

Ինչպես դիմեմ

Կարող եք այս ամփոփման, մեր ֆինանսական օգնության ծրագրի և ուրիշ լեզուներով դիմումի անվճար պատճենը ստանալ՝

1. Այցելելով գրանցման վայրը
2. Այցելելով մեր կայքը (AdventistHealth.org/FAP)
3. Զանգահարելով մեզ 844-827-5047 համարով
4. Գրելով մեր հասցեին՝

Adventist Health.
ATTN: Patient Access
726 4th St.
Marysville, CA 95901

Կարող ենք ձեզ օգնել ձևը լրացնելու համար—պարզապես խնդրեք: Ձևը լրացնելն

ավարտելուց հետո, այն տվեք գրանցման աշխատողին կամ ուղարկեք փոստով:

Ինչպես եք որոշում, թե որքան ֆինանսական օգնություն կստանամ

Ձեր հաշվի վճարման համար ձեր ստանալիք գումարը կախում ունի ձեր ֆինանսական կարիքից: Երբ որակավորվում եք օգնության համար, մենք օգտագործում ենք ապահովագրություն ունեցող հիվանդների կողմից վճարվող միջին գումարը՝ որոշելու համար, թե ձեզնից որքան կպահանջվի վճարել շտապ և բժշկականորեն անհրաժեշտ խնամքի համար:

Հիվանդանոցի հաշիվների գանգատի ծրագիր

Հիվանդանոցի հաշիվների գանգատի ծրագիրը (Hospital Bill Complaint Program) նահանգային ծրագիր է, որը վերանայում է հիվանդանոցների որոշումները այն մասին, թե արդյոք որակավորվում եք ձեր հիվանդանոցի հաշվի վճարման օգնության: Եթե կալիֆորնիաբնակ հիվանդ եք և համոզված եք, որ ձեզ անարդարորեն մերժել են ֆինանսական օգնությունը, կարող եք գանգատ ներկայացնել Հիվանդանոցի հաշիվների գանգատի ծրագրի մոտ: Որոնեք «Հիվանդանոցի հաշիվների գանգատի ծրագիրը» hcai.ca.gov կայքում՝ հավելյալ տեղեկության և գանգատ ներկայացնելու համար:

Հավելյալ Օգնություն

Կան անվճար հաճախորդների պաշտպանության կազմակերպություններ, որոնք ձեզ կօգնեն հասկանալ հաշիվների ներկայացման և վճարման գործընթացը: Կարող եք Առողջապահության սպառողի դաշինք (Health Consumer Alliance) զանգահարել 888-804-3536 համարով կամ այցելել HealthConsumer.org կայքը հավելյալ տեղեկության համար:

Ֆինանսական օգնության համար իրավասու անհատներից չի գանձվի Ընդհանուր հաշվարկված գումարներից (AGB) ավելի գումար:

Եթե օգնության կարիք ունեք ձեր լեզվով, խնդրում ենք զանգահարել 844-827-5047 համարով կամ սովորական աշխատանքային ժամերի ընթացքում այցելել որևէ գրանցման գրասենյակ: Հասանելի են նաև հաշմանդամների համար օգնականներ և ծառայություններ, ինչպիսիք են Բրայլի լեզվով, խոշոր տառերով փաստաթղթերը, ձայնագրությունները և այլ հասանելի էլեկտրոնային ձևաչափեր: Այս ծառայություններն անվճար են: