



Բարեգործական ինսամբ/Ֆինանսական աջակցության դիմումի ձև - գաղտնի
Խնդրում ենք լրացնել բոլոր տեղեկությունները ամբողջությամբ: Եթե կիրառելի չէ, նշե՛ք «NA»:
Անհրաժեշտության դեպքում կցե՛ք լրացուցիչ էջեր:

ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՏՎՅԱԼՆԵՐ

Ձեզ թարգմանիչ պե՞տք է: ☐ Այո ☐ Ոչ Եթե այո, նշե՛ք նախընտրելի լեզուն:

Արդյո՞ք բուժառու՞ն դիմել է Medicaid-ի համար: ☐ Այո ☐ Ոչ

Բուժառու՞ն ստանու՞մ է պետական հանրային ծառայություններ, ինչպես օրինակ՝ TANF, Basic Food կամ WIC: ☐ Այո ☐ Ոչ

Արդյո՞ք բուժառու՞ն ներկայումս անտուն է: ☐ Այո ☐ Ոչ

Բուժառու՞ն բժշկական ինսամբի կարիքը կապվա՞ծ է ավտոպատահարի կամ աշխատանքային վնասվածքի հետ: ☐ Այո ☐ Ոչ

ՆՇԵԼ՝

- Մենք չենք կարող երաշխավորել, որ կհամապատասխանեք ֆինանսական աջակցություն ստանալու պահանջներին, նույնիսկ եթե դիմեք:
- Երբ ուղարկեք ձեր դիմումը, մենք կստուգենք բոլոր տվյալները և հնարավոր է խնդրենք տրամադրել լրացուցիչ տեղեկություններ:
- Այս հավելվածը օգտագործվում է և՛ Բարեգործական ինսամբ (անվճար ինսամբ), և՛ Ձեռչված ինսամբ ստանալու իրավասությունը որոշելու համար: Միայն զեղչված ինսամբի համար դիմելու դեպքում կարող եք ավելի քիչ ֆինանսական օգնություն ստանալ, քան բարեգործական ինսամբի ներքո տրվող աջակցությունը

ԲՈՒԺԱՌՈՒԻ ԵՎ ԴԻՄՈՐԴԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Բուժառու՞նի անունը	Բուժառու՞նի երկրորդ անունը		Բուժառու՞նի ազգանունը
☐ Արական ☐ Իգական ☐ Այլ (կարելի է մանրամասնել) _____	Ծննդյան Ամսաթիվ	☐ Միայնակ ☐ Ամուսնացած ☐ Ամուսնալուծված ☐ Օրենքով սահմանված կարգով բաժանված ☐ Այրի ☐ Ամուրի	Բուժառու՞նի սոցիալական ապահովության համարանիշ (ըստ ցանկության)
Հաստատություն՝	Ծառայության ամսաթիվ	Դիմումի համար	Նախընտրելի կոնտակտային եղանակ՝ ☐ Էլ. փոստ ☐ Հեռախոս ☐ Փոստ
Հաշիվների վճարման համար պատասխանատու անձ	Ազգակցական կապը բուժառու՞նի հետ	Ծննդյան ամսաթիվ	Սոցիալական ապահովության համարանիշ (ըստ ցանկության)
Փոստային հասցե _____ _____			Հիմնական կոնտակտային հեռախոսահամար(ներ) () _____ () _____
Քաղաք	Նահանգ	Փոստային ինդեքս	Էլ. փոստի հասցե՝ _____

- Հաշիվների վճարման համար պատասխանատու անձի զբաղվածությունը
- ☐ Աշխատող (աշխատանքի ընդունման ամսաթիվ՝ _____)
- ☐ Գործազուրկ (որքան ժամանակ է գործազուրկ՝ _____)
- ☐ Ինքնազբաղված անձինք ☐ Ուսանող ☐ Հաշմանդամ ☐ Թոշակառու
- ☐ Այլ (Եթե այլ խմբի եք պատկանում, խնդրում ենք բացատրել)՝ _____

ԸՆՏԱՆԻՔԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Նշեք ձեր ընտանիքի անդամներին, այդ թվում՝ ձեզ:

Կալիֆոռնիայի և Համայնքի և Կոմունիտի բուժառուների համար. Ընտանիքը սահմանվում է որպես. (i) 18 տարեկան և ավելի բարձր տարիքի անձանց, ամուսինների, ընտանեկան զուգընկերոջ, 21 տարեկանից ցածր երեխաների կամ հաշմանդամ լինելու դեպքում ցանկացած տարիքի համար, անկախ նրանից՝ ապրում են տանը, թե ոչ, և (ii) 18 տարեկանից ցածր անձանց համար կամ խնամակալության տակ գտնվող 18-ից 20 տարեկան երեխայի համար, ծնողի կամ խնամակալ ազգականի ծնողը, խնամակալ ազգականները և մինչև 21 տարեկան կամ հաշմանդամության դեպքում ցանկացած տարիքի այլ երեխաները:

Օնտարիոյի բուժառուների համար. Տնային տնտեսությունը նշանակում է՝ (Ա) միայնակ անձ, կամ (Բ) ամուսիններ, ընտանեկան զուգընկերներ կամ 18 տարեկանից ցածր ծնող և երեխա, որոնք ապրում են միասին, և այլ անձինք, որոնց համար ֆինանսապես պատասխանատու է միայնակ անհատը, ամուսինը, ընտանեկան զուգընկերը կամ ծնողը:

ՏՆԱՅԻՆ ՏՆՏԵՍՈՒԹՅՈՒՆ/ԸՆՏԱՆԻՔԻ ԱՆԴԱՄՆԵՐԻ ԶԱՆԱԿ _____

Անուն, ազգանուն	Ծննդյան ամսաթիվ	Ազգակցական կապը բուժառուի հետ	18 տարեկան կամ բարձր տարիքի դեպքում՝ գործատու(ներ)ի անունը կամ եկամտի աղբյուրը	18 տարեկան կամ բարձր տարիքի դեպքում՝ ամսական համախառն եկամուտ (հարկերից առաջ).	Դիմում էք նաև ֆինանսական աջակցության համար:
					Այո / Ոչ
					Այո / Ոչ
					Այո / Ոչ

Անհրաժեշտության դեպքում կցե՛ք լրացուցիչ էջ

Ընտանիքի բոլոր չափահաս անդամների եկամուտները պետք է ներկայացված լինեն: Եկամտի աղբյուրների մեջ ներառվում են, օրինակ՝ - Աշխատավարձ - Գործազրկություն - Ինքնազբաղվածություն - Աշխատողի փոխհատուցում - Հաշմանդամություն - SSI - Երեխայի/ամուսնու աջակցություն - Աշխատանքային ուսումնական ծրագրեր (ուսանողներ) - Կենսաթոշակ - Կենսաթոշակային հաշիվների բաշխում - Այլ (բացատրել _____)

ԵԿԱՄՏԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

ՀԻՇԵԼ՝ Ձեր դիմումի հետ պետք է ներառեք եկամտի ապացույց:

Պետք է տրամադրեք ձեր ընտանիքի եկամտի վերաբերյալ տվյալներ: Ֆինանսական աջակցությունը որոշելու համար պահանջվում է եկամուտների ստուգում:

18 տարեկան եվ ավելի բարձր տարիքի ընտանիքի անդամները պետք է ներկայացնեն իրենց եկամուտը:

Եթե չկարողանաք ներկայացնել փաստաթղթեր, կարող եք ներկայացնել ձեր եկամուտը նկարագրող ստորագրված գրավոր հայտարարություն:

Ֆինանսավորում ստանալու իրավասությունը որոշելու նպատակով: Աջակցությունը, եկամուտների փաստաթղթավորումը սահմանափակվում է՝

- Բուժառուի կողմից առաջին հաշիվը ստանալուն (կամ նախնական ծառայության դեպքում՝ Հայտը ներկայացվելուն) նախորդող կամ հաջորդող 6 ամիսների ընտանեկան աշխատավարձի անդորրագրերը կամ
- Բուժառուի և նրա ամուսնու կամ բուժառուի հետ ապրող կողակցի դաշնային եկամտահարկի հայտարարագրի պատճենները (Ձև 1040)՝ սկսած այն տարուց, երբ բուժառուն առաջին անգամ ստացել է հաշիվ կամ բուժառուի կողմից առաջին հաշիվը ստանալուն նախորդող 12 ամիսների համար

Ցանկության դեպքում կարող եք ներկայացնել եկամտի ապացույցների այլ ձևեր, սակայն Adventist Health-ը եկամտի լրացուցիչ ապացույցներ չի պահանջում: Եթե չունեք եկամտի ապացույց կամ եկամուտ, խնդրում ենք կցել լրացուցիչ էջ մեկնաբանությամբ:

ԵՐՐՈՐԴ ԿՈՂՄԻ ՊԱՏԱՍԽԱՆԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

Արդյո՞ք երրորդ կողմը պատասխանատու է ձեր ծառայությունների համար: ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

Եթե ԱՅՈ, խնդրում ենք նշել այդ երրորդ կողմին. _____

ԾԱՆՍԵՐԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ (ըստ ցանկության)

Մենք օգտագործում ենք այս տվյալները ձեր ֆինանսական վիճակի մասին ավելի լիարժեք պատկերացում կազմելու համար:

Ամսական կենցաղային ծախսեր՝

Վարձակալություն/հիփոթեք \$ _____ Բժշկական ծախսեր \$ _____

Ապահովագրական հավելավճարներ \$ _____ Կոմունալ ծառայություններ \$ _____

Այլ Պարտք/Ծախսեր \$ _____ (երեխայի նպաստ, վարկեր, դեղորայք և այլն)

ԼՐԱՅՈՒՑԻՉ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ (ըստ ցանկության)

Կցեք լրացուցիչ էջ, եթե ձեր ընթացիկ ֆինանսական վիճակի մասին այլ տվյալներ կան, որոնք կցանկանայիք մեզ տրամադրել, ինչպես օրինակ՝ ֆինանսական դժվարություններ, չափից շատ բժշկական ծախսեր, սեզոնային կամ ժամանակավոր եկամուտ կամ անձնական կորուստ:

ԲՈՒԺԱՌՈՒԻ ՀԱՄԱՁԱՅՆՈՒԹՅՈՒՆԸ

Ես հասկանում եմ, որ Adventist Health-ը կարող է ստուգել տվյալները՝ վերանայելով վարկային տվյալները և ստանալով տեղեկություն այլ աղբյուրներից՝ ֆինանսական աջակցությունից կամ վճարման ծրագրերից օգնություն իրավունակությունը որոշելու հարցում օգնելու համար:

Ես հաստատում եմ, որ, որքանով տեղյակ եմ, վերը նշված տվյալները ճշմարիտ և ճիշտ են: Ես հասկանում եմ, որ եթե իմ տրամադրած ֆինանսական տվյալները սխալ լինեն, արդյունքը կարող է լինել ֆինանսական օգնության մերժումը, և ես կարող եմ պատասխանատու լինել մատուցած ծառայությունների համար և վճարել վերջիններիս համար:

_____ Դիմողի ստորագրություն

_____ Ամսաթիվ

ԻՆՉՊԵՍ ՆԵՐԿԱՅԱՑՆԵԼ

Հարցերի դեպքում զանգահարե՛ք նշված հեռախոսահամարին՝ (844-827-5047)

Վերադարձնել լրացված ձևաթուղթը փոստով՝

Վերադարձնել լրացված ձևաթուղթը փոստով՝

Adventist Health,
Attn: Patient Access
726 4th Street, Marysville, CA 95901

ԿԱՍ

AHFinAsst@ah.org