



**Բարեգործական խնամքի/ֆինանսական օգնության դիմումի ձև -
Գաղտնի (մասնավոր)**

Խնդրում ենք ամբողջությամբ լրացնել բոլոր տեղեկությունները: Եթե կիրառելի չէ,
գրեք «Կ/Չ»:

| ՍՔՐԻՆԻՆԳԱՅԻՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------|
| Արդյո՞ք հիվանդը դիմել է Medicaid-ի/Medi-Cal-ի համար: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ | | | |
| Արդյո՞ք հիվանդը օգտվում է պետական հանրային ծառայություններից, ինչպիսիք են՝ TANF-ը, CalFresh-ը կամ WIC-ը: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ | | | |
| Հիվանդը ներկայումս անտո՞ւն է: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ | | | |
| Արդյո՞ք հիվանդի բժշկական օգնության կարիքը կապված է ավտոմեքենայի հետ: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ | | | |
| ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ՆԿԱՏԻ ՈՒՆԵՆԱԼ | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Մենք չենք կարող երաշխավորել, որ դուք կկարողանաք ստանալ ֆինանսական օգնություն, նույնիսկ եթե դիմեք: <ul style="list-style-type: none"> • Ձեր դիմումը ուղարկելուց հետո մենք կարող ենք խնդրել լրացուցիչ տեղեկություններ կամ ձեր եկամուտը հաստատող փաստաթուղթ: • Ձեր լրացրած ձևը և փաստաթղթերը ստանալուց հետո 30 օրացուցային օրվա ընթացքում մենք ձեզ կտեղեկացնենք նամակով՝ արդյոք դուք կարող եք ստանալ օգնություն և կնշենք օգնության մակարդակը: | | | |
| ՊԱՑԻԵՆՏԻ ԵՎ ԴԻՄՈՂԻ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ | | | |
| Պացիենտի անունը | Պացիենտի երկրորդ անունը | Պացիենտի ազգանունը | |
| Պացիենտի սեռը Իգական <input type="checkbox"/> Արական <input type="checkbox"/> Այլ (ընտրովի) <input type="checkbox"/> | Ծննդյան ամսաթիվ | Պացիենտի Սոցիալական ապահովության համարը (ընտրովի) | |
| Ծառայության ամսաթիվը | Հաշվեհամար(ներ)ը | | |
| Անձը, ով պետք է վճարի վճարային հաշիվը | Հարաբերությունը - ի հետ Պացիենտ | Ծննդյան ամսաթիվ | Հիմնական կոնտակտային համար(ներ) |
| Տան կամ փոստային հասցե | Նախընտրելի կոնտակտային եղանակը՝ Հեռախոս <input type="checkbox"/> Էլ. փոստ <input type="checkbox"/> Փոստ <input type="checkbox"/> | Էլ. հասցե | |
| Վճարային հաշիվը վճարող անձի աշխատանքի կարգավիճակը <input type="checkbox"/> Աշխատող է (աշխատանքի ընդունման ամսաթիվը)..... <input type="checkbox"/> Գործազուրկ է (որքա՞ն ժամանակ)..... | | | |

Ինքնագրադրված
 Ուսանող
 Հաշմանդամ
 Թոշակառու
 Այլ (եթե այլ, ինդիկում եմ նշել)։

ԸՆՏԱՆԻՔԻ ՄԱՍԻՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Նշեք ձեր ընտանիքի անդամներին, այդ թվում նաև՝ ձեզ : «Ընտանիքը» դա այն անդամներն են, ով ապրում են միասին և կապված են ծննդյան, ամուսնության կամ որդեգրման կապով:

Ընդհանուր ընտանիքի չափը _____

| Նշեք ընտանիքի յուրաքանչյուր անդամի անունը, ովքեր ապրում են տանը | Տարիքը | Կախված այն անձից, ով պետք է վճարի վճարային հաշիվները (շրջանի մեջ վերցրեք ճիշտ պատասխանը) | Ընդհանուր եկամուտը, եթե 18 տարեկանից մեծ է |
|-----------------------------------------------------------------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| | | Այո Ոչ | |
| | | Այո Ոչ | |
| | | Այո Ոչ | |
| | | Այո Ոչ | |
| | | Այո Ոչ | |
| | | Այո Ոչ | |

ՏԱՆԸ ԳՏՆՎՈՂ ԱՆՉԱՓԱՅԱՍՆԵՐԻ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԵԿԱՄՈՒՏԸ

| Վճարային հաշիվները վճարող անձից (անձանցից) կախում ունեցող անձանց ընդհանուր քանակը | Ընտանիքի չափահաս անդամների ընդհանուր | Դուք պետք է բացահայտեք ընտանիքի բոլոր չափահաս անդամների եկամուտները: Եկամտի աղբյուրները ներառում են, բայց չեն սահմանափակվում՝ աշխատավարձը, գործազրկության, ինքնագրադրվածության գումարները և երեխայի ալիմենտները: |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | \$ | |

ՏԱՆԸ ԳՏՆՎՈՂ ԱՆՉԱՓԱՅԱՍՆԵՐԻ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԵԿԱՄՈՒՏԸ

Հիշե՛ք. Դուք պետք է մեզ ձեր դիմումի հետ միասին եկամուտը հաստատող փաստաթուղթ տաք:

Մեզ հարկավոր է եկամուտը հաստատող փաստաթուղթ՝ ֆինանսական օգնությունը սահմանելու համար:

18 տարեկան և ավելի մեծ տարիքի ընտանիքի բոլոր անդամները պետք է տեղեկացնեն մեզ իրենց եկամուտների մասին: Եթե դուք չեք կարողանում տրամադրել փաստաթուղթ, ապա կարող եք գրել ձեր եկամուտը հաստատող հայտարարագիր, ստորագրել և ուղարկել այն

Եկամուտը հաստատող փաստաթղթի օրինակներ են, սակայն դրանցով չեն սահմանափակվում.

- «W-2»- ը պահումների հայտարարությունը
- Ընթացիկ վճարային կտրոնները (առնվազն 3 ամսվա)
- Նախորդ տարվա եկամտային հարկի վերադարձը, այդ թվում նաև՝ վճարացուցակները, առկայության դեպքում
- Գրավոր, ստորագրված հայտարարություններ գործատուներից կամ այլ անձանցից

- Medicaid-ի և/կամ պետության կողմից ֆինանսավորվող բժշկական օգնության իրավասության հաստատման/մերժման նամակ
 - Գործազրկության նպաստի իրավասության հաստատման/մերժման նամակ
- Եթե չունեք եկամուտը հաստատող փաստաթուղթ կամ եկամուտ, խնդրում ենք կից էջով ներկայացնել բացատրությունը՝ թե ինչու չունեք:

ԾԱԽՍԵՐԻ ՄԱՍԻՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Մենք այս տեղեկություններն օգտագործում ենք, որպեսզի լիարժեք պատկերացում կազմենք ձեր ֆինանսական վիճակի մասին:

Շնտանիքի ամսական ծախս

| | |
|-----------------------------|------------------------------------------|
| Տան վարձի/հիփոթեկի վճար՝ \$ | Բժշկական ծախսեր՝ \$ |
| Ապահովագրական վճարներ՝ \$ | Կոմունալ վճարներ՝ \$ |
| Այլ պարտքեր/ծախսեր՝ \$ | (երեխայի ալիմենտ, վարկեր, դեղորայք, այլ) |

ԱՅԼ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Խնդրում ենք կցել ևս մեկ էջ, եթե ձեր ընթացիկ ֆինանսական վիճակի մասին կա լրացուցիչ տեղեկություն, որի մասին կցանկանայիք տեղեկացնել մեզ: Դա կարող է լինել ֆինանսական դժվարությունները, չափազանց շատ բժշկական ծախսերը, սեզոնային կամ ժամանակավոր եկամուտը կամ անձնական կորուստը:

ՊԱՑԻԵՆՏԻ ՀԱՄԱՁԱՅՆԱԳԻՐ

Ես հաստատում եմ, որ վերոնշյալ տեղեկությունները իրական և ճիշտ են, որքանով, որ ես եմ տեղեկացված: Ես հասկանում եմ, որ եթե իմ տրամադրած ֆինանսական տեղեկությունները կեղծ լինեն, ես կարող եմ զրկվել ֆինանսական օգնությունից: Հնարավոր է, նաև հարկ լինի վճարել իմ ստացած ծառայությունների համար:

Դիմող անձի ստորագրությունը

Ամսաթիվ

Հարցերի դեպքում խնդրում ենք զանգահարել (800) 404-6627

Children's Hospital Los Angeles-ի անձնակազմը չի կարող օգնել ձեզ ֆինանսական օգնության դիմումը լրացնելու հարցում: Սակայն, դիմումի լրացման հետ կապված ձեզ կարող են օգնել **Լոս Անջելեսի Սպառողների առողջապահական կենտրոնից: Դուք կարող եք այցելել նրանց 13327 Van Nuys Boulevard, Pacoima, California, 91331 հասցեով: Կամ կարող եք զանգահարել (800) 896-3203 համարով:**

Լրացրած ձևը վերադարձրեք փոստով հետևյալ հասցեին՝

Պացիենտի բիզնես ծառայություններ, Mailstop 26
 Children's Hospital Los Angeles (Լոս Անջելեսի մանկական հիվանդանոց)
 4650 Sunset Boulevard
 Los Angeles, California 90027

ԿԱՄ

Լրացրած դիմումը վերադարձրեք էլ. փոստով՝ հետևյալ հասցեով՝

PBSHospitalBillingCustomerService@chla.usc.edu