

ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՍՏՈՒԳԱԹԵՐԹ

Կից ֆինանսական օգնության դիմումն օգտագործվում է մեր հաստատությունում բարեգործական խնամքի (անվճար խնամք) կամ գեղչված խնամքի Ձեր իրավասությունը որոշելու համար: Խնդրում ենք լրացնել և ստորագրել այս ձևը և վերադարձնել այն Ձեզ վերաբերող փաստաթղթերի պատճեններով: Կարող եք դիմել ցանկացած ժամանակ. դիմելու ժամկետ չկա:

Վերադարձրեք դիմումը Բիզնես ծառայությունների բաժին մեր Barlow Main գտնվելու վայրում, կամ ուղարկեք փոստով՝ Barlow Respiratory Hospital, Attention: Business Services, 2000 Stadium Way, Los Angeles, CA 90026-2696:

Փաստաթղթեր, որոնք կարող են օգնել Ձեր դիմումին (միայն պատճեններ, ոչ բնօրինակներ)՝

- Վերջին աշխատավարձի թերթիկներ, Ձեր ամենավերջին եկամտահարկի հայտարարագիրը կամ եկամուտի այլ ողջամիտ ապացույց:
- Medi-Cal-ի մերժման ծանուցում, եթե կիրառելի է:
- Գործազրկության փոխհատուցման որոշում կամ աշխատանքից ազատման ծանուցում, եթե կիրառելի է:
- Ընթացիկ չմարված բժշկական պարտքի ցուցակ, եթե կիրառելի է:
- Վերջին 12 ամիսների ընթացքում կատարված սեփական գրպանից բժշկական ծախսերի ցուցակ, եթե կիրառելի է:

Դուք՝ (1) լրացրե՛լ եք դիմումը: _____ (2) ստորագրե՛լ եք դիմումը: _____

Ձեր ստորագրությունը հաստատում է տրամադրված տեղեկությունների ճշգրտությունը և լիազորում է Barlow Respiratory Hospital-ին ստուգել տրամադրված տեղեկությունները:

Ստորագրություն՝ _____ Ամսաթիվ՝ _____

ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԴԻՄՈՒՄ

Պացիենտի անուն՝ _____ Ամուսին՝ _____

Հասցե՝ _____

Հեռախոս՝ _____

Ընտանիքի անդամներ

Եթե 18 տարեկանից բարձր եք, նշեք ամուսնուն կամ կենակցին և 21 տարեկանից ցածր խնամարկյալ երեխաներին: Եթե 18 տարեկանից ցածր եք, նշեք ծնողներին կամ խնամող ազգականներին և նրանց 21 տարեկանից ցածր այլ երեխաներին:

Անուն՝ _____ Տարիք՝ _____ Ազգակցական կապ՝ _____
_____ Տարեկան եկամուտ՝ _____

Անուն՝ _____ Տարիք՝ _____ Ազգակցական կապ՝ _____
_____ Տարեկան եկամուտ՝ _____

Անուն՝ _____ Տարիք՝ _____ Ազգակցական կապ՝ _____
_____ Տարեկան եկամուտ՝ _____

Ընտանիքի եկամուտ

Ընտանիքի ընդհանուր եկամուտ (ներառեք Ձեր եկամուտը և վերը նշված անձանց եկամուտը)՝ _____

Խնդրում ենք կցել վերջին աշխատավարձի թերթիկներ, Ձեր ամենավերջին եկամտահարկի հայտարարագիրը կամ եկամուտի այլ ողջամիտ ապացույց:

Առկա ապահովագրություն

Ունե՞ք որևէ առողջության ապահովագրություն (Medicare, Medi-Cal կամ մասնավոր): Այո՝ _____ Ոչ՝ _____ Վճարող՝ _____

Ձեր վնասվածքը ծածկվա՞ծ է աշխատողների փոխհատուցմամբ, ավտոմեքենայի ապահովագրությամբ կամ այլ ապահովագրությամբ: Այո՝ _____ Ոչ՝ _____

Տարեկան բժշկական ծախսեր

Վերջին 12 ամիսների ընթացքում Barlow Respiratory Hospital-ին վճարված գումար՝ _____ Այլ մատակարարներին՝ _____

Իմ ստորագրությունը հաստատում է տրամադրված տեղեկությունների ճշգրտությունը և լիազորում է Barlow Respiratory Hospital-ին ստուգել դրանք: Ես հասկանում եմ, որ ֆինանսական օգնությունը նախատեսված է միայն իմ շահի համար և չի ազատում երրորդ կողմերին վճարման պատասխանատվությունից: Ես հասկանում եմ, որ եթե իրավասու չլինեմ, անձամբ պատասխանատու կլինեմ

վճարների համար, և որ կարող եմ բողոքարկել որոշումը գրավոր՝ լրացուցիչ փաստաթղթերով:

Պացիենտի կամ օրինական խնամակալի ստորագրություն՝

Ամսաթիվ՝
