

Հիվանդի ազգանուն		Հիվանդի անուն		Հիվանդի երկրորդ անուն	
Սոցիալական ապահովության համար		Հեռախոսահամար		Ծննդյան ամսաթիվ	
Երաշխավորի ազգանուն (եթե տարբեր է)		Երաշխավորի անուն		Երաշխավորի երկրորդ անուն	
Փողոց	Քաղաք	Նահանգ		Փոստային կոդ	
Սոցիալական ապահովության համար		Հեռախոսահամար		Ծննդյան ամսաթիվ	
Աշխատում եք	Այո	Ոչ	Ունե՞ք բժշկական ապահովագրություն:		Այո
					Ոչ

ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԱՄՈՒՍՆՈՒ/ԿՆՈՁ/ԶՈՒԳՐՆԿԵՐՈՁ ՄԱՍԻՆ

Հիվանդի ազգանուն		Հիվանդի անուն		Հիվանդի երկրորդ անուն	
Փողոց	Քաղաք	Նահանգ		Փոստային կոդ	
Սոցիալական ապահովության համար		Հեռախոսահամար		Ծննդյան ամսաթիվ	
Աշխատում եք	Այո	Ոչ	Ունե՞ք բժշկական ապահովագրություն:		Այո
					Ոչ

Քանի՞ անձ է գտնվում ձեր հոգածության ներքո: _____

(Հաշվի առեք ինքներդ ձեզ: Պետք է կարողանաք ապացուցել ձեր հոգածության տակ գտնվող անձանց թիվը ձեր Դաշնային հարկային հայտարարագրում)
Որո՞նք են ձեր եկամտի աղբյուրները (նշեք ամսական կամ տարեկան եկամուտը բոլոր)

	Ամսակա	Տարեկան		Ամսակա	Տարեկան
Եկամուտ	\$	\$	Եկամուտ	\$	\$
Եկամուտ	\$	\$	Սոցիալական	\$	\$
Բիզնես եկամուտ	\$	\$	Այլմեկնում/օգնությամբ	\$	\$
Եմակուտ	\$	\$	Այլ եկամուտ	\$	\$
Ընդհանուր	\$				

ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ. Եթե ֆինանսական օգնություն ստացող ուսանող էք, ապա ձեր դիմումի հետ տրամադրեք ձեր ուսումնական հաստատությունից ստացվող ֆինանսական օգնության փաստաթղթի պատճենը կամ հաստատող նամակը և/կամ ուսանողական վարկի մասին տեղեկատվություն:

ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ. դիմումն ստացվելուց հետո կմշակվի վճարունակության գնահատման հաշվետվություն (կարող է ներառել ամուսնուն/կնոջը)

Հիվանդի ստորագրություն/Իրավական ներկայացուցիչ՝ _____
Ամսաթիվ՝ _____

Պահանջվում է. [] Նախորդ տարվա հարկային ձևը (ամբողջական պատճենը) [] Սոցիալական դժվար կացության մասին նամակ

Եթե չեք կարող ներկայացնել հարկային ձևեր, ապա կարող եք տրամադրել կից փաստաթղթերը՝

[] 2 ամսվա ընթացիկ վարձատրության վճարագրեր [] Հաշմանդամություն [] Գործազրկություն

Վճարային պլանի գնահատիչ, այն դեպքերում, երբ բավարարում էք մասնակի ֆինանսական աջակցություն ստանալու պահանջները՝ հետևյալ տեղեկատվության տրամադրումը կօգնի՝ ձեր հաշվեկշռի մնացորդի համար հաստատելու ողջամիտ վճարային պլան:

 Վարձակալության/բնակարանային վճար _____ Կենցաղսպասարկման վարձեր- _____
 Նպարեղեն _____ Հազուստ _____
 Բժշկական/ատամնաբուժական վճարներ _____ Դպրոց/երեխայի խնամք _____
 Երեխայի/ամուսնական օգնություն _____ Տրանսպորտի/ մեքենայի ծախսեր _____

ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ. ողջամիտ վճարային պլանը ենթադրում է, որ ամսական վճարումները չեն կարող գերազանցել ձեր ընտանեկան եկամտի 10%-ը՝ չհաշված պահումները և վերը նշված ծախսերը:

(Դիմումին չի կարող ընթացք տրվել՝ առանց վերը նշված տեղեկատվության տրամադրման)

Խնդրում ենք այս դիմումը բոլոր պահանջվող փաստաթղթերի հետ միասին վերադարձնել 10 օրվա ընթացքում

Հանրինգթոն հիվանդանոցը նպատակ է հետապնդում առողջապահական ծառայությունները հասանելի դարձնել իր հիվանդներին, և տեղյակ է համայնքի բնակիչների ֆինանսական կարիքների մասին, որոնք չեն կարող հոգալ իրենց բուժապասարկման հետ կապված ծախսերը: Այդ նպատակով, Հանրինգթոն հիվանդանոցը ֆինանսական աջակցություն է տրամադրում որոշակի չափանիշների համապատասխանող հիվանդների, ովքեր ստանում են շտապ բուժօգնություն կամ անհրաժեշտ բժշկական սպասարկում: Հիվանդները պետք է լրացնեն դիմումը, ներկայացնեն որոշակի հիմնավորող փաստաթղթեր և համապատասխանեն հասանելիության ներքոհիշյալ պահանջներին: Այս ծրագիրը չի ներառում այլ բուժիաստատությունների, բացառությամբ Հանրինգթոն հիվանդանոցի:

Ո՞ւմ է հասանելի ֆինանսական աջակցությունը:

Մեր ծրագիրն օգնում է ցածր եկամտով, չապահովագրված կամ ոչ բավարար ապահովագրություն ունեցող հիվանդներին, որոնք օգնության կարիք ունեն՝ իրենց բուժապասարկման ամբողջական կամ մասնակի ծախսերը վճարելու համար: Ֆինանսական աջակցությունը հասանելի է հիվանդներին այն դեպքում, երբ նրանց ընտանեկան եկամուտը կազմում է Աղքատության դաշնային ուղենիշների (FPG) 350%-ը կամ ավելի պակաս: Կարող է պահանջվել լրացուցիչ տեղեկատվություն, որն էլ կարող է վճռական ազդեցության ունենալ հիվանդանոցի որոշման վրա:

Ֆինանսական աջակցություն ստացող հիվանդներից չի կարող գանձվել ավելին, քան շտապ բուժօգնության կամ բժշկական այլ անհրաժեշտ սպասարկման համար ապահովագրված հիվանդներից Սովորաբար գանձվող գումարը (AGB): (AGB՝ ինչպես սահմանված է IRS Բաժին 501(r)-ում): Տե՛ս Ֆինանսական աջակցության ծրագրի Ա հավելվածը:

Ի՞նչ է ներառում ծրագիրը:

Ֆինանսական աջակցության ծրագիրը ներառում է Հանրինգթոն հիվանդանոցում տրամադրված անհրաժեշտ բուժօգնությունը: Այս ծրագիրը չի ներառում կոսմետիկ բնույթի ընտրովի ծառայությունները:

Ինչպե՞ս դիմեմ ֆինանսական աջակցության համար կամ ստանամ ամբողջական օգնությունը:

Դիմումի ձևը՝ լրացման մասին ցուցումներով, գտնվում է այս փաստաթղթի հակառակ կողմում:

Դիմումը լրացնելու համար օգնություն ստանալու կամ ձեր ծրագրի պատճենը պահանջելու համար կարող եք դիմել հետևյալ ցանկացած ձևով.

- Ստացիոնար, ամբուլատոր կամ շտապ բուժօգնության բաժանմունքների՝ հիվանդների ընդունման ցանկացած բաժին.
- Չանգահարելով 626 397-5324 հեռախոսահամարով աշխատանքային ժամերին՝ ժ. 8:00-ից 16:00-ը.
- (աշխատանքային ժամերից հետո կարող եք թողնել հաղորդագրություն): Մատչելի են թարգմանչական ծառայություններ
- Փոստով՝ Huntington Hospital 100 W. California Blvd Pasadena, Ca 91109 Attention Patient Financial Services (անվճար)
- Հիվանդանոցի գլխավոր նախարահի Օգնության կենտրոն, երկուշաբթիից ուրբաթ՝ ժ. 7:00-18:00-ը:
- Ներբեռնելով դիմումը և ծրագրի պատճենը հետևյալ կայքից՝ www.huntingtonhospital.com

Առկա՞ է լեզվական աջակցություն:

Ծրագիրը և դիմումի ձևերը մատչելի են մեր համայնքում օգտագործվող գրեթե բոլոր լեզուներով և կարող են վերցվել վերը նշված վայրերից: Մատչելի են նաև բանավոր թարգմանության ծառայություններ:

Huntington Hospital 100 W. California Blvd PO Box 7013 Pasadena, Ca 91109-7013

Ցուցումներ.

Լրացրեք Ֆինանսական աջակցության ձևը (թերի լրացված դիմումներին ընթացք չի տրվի)

Կցեք պահանջվող փաստաթղթերը.

Եկամտի վճարագրեր և Եկամտահարկի հայտարարագրի ամբողջական պատճենը:

Նամակ սոցիալական դժվար կացության մասին, (համառոտ գրություն, որով նկարագրում եք ձեր ֆինանսական դրությունը)

Բոլոր փաստաթղթերն ուղարկեք.

Huntington Hospital

Attn: Business Office / Financial Assistance Review

100 W California Blvd

Pasadena, CA 91109-7013

Այցելեք WWW.HUNTINGTONHOSPITAL.COM ծրագրի մասին լիարժեք տեղեկատվություն ստանալու համար: