

Դիմում ֆինանսական օգնություն ստանալու համար

Հիվանդի հաշվի համարը(ները)

Նշեք հիվանդանոցը(ները), որտեղ ստացել եք բուժում

Հիվանդի ազգանունը
ամսաթիվը

Հիվանդի անունը

Հիվանդի սոցիալական անվտանգության #

Հիվանդի ծննդյան

Երաշխավորի ազգանունը (եթե այլ է)

Անունը

Երաշխավորի սոցիալական անվտանգության #

Ծննդյան ամսաթիվը

Երաշխավորի տան հասցեն

Տան հեռախոսահամարը

Քաղաք

Նահանգ

Փոստային դասիչ

Երաշխավորի գործատուի անունը

Երաշխավորի աշխատանքի բնույթը/Վարչությունը

Երաշխավորի գործատուի հասցեն

Երաշխավորի գործատուի հեռախոսահամարը

Քաղաք

Նահանգ

Փոստային դասիչ

Ամուսնու գործատուի անունը

Ամուսնու աշխատանքի բնույթը/Վարչությունը

Ամուսնու գործատուի հասցեն

Ամուսնու գործատուի հեռախոսահամարը

Քաղաք

Նահանգ

Փոստային դասիչ

Տնային տնտեսության անդամները (ներառյալ հայտատուն)

Անուն	Կապը հիվանդի հետ	Ծննդյան ամսաթիվ	Գործատու	Տարեկան եկամուտ
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				
6)				
7)				
8)				
9)				
10)				

Dignity Health (Արժանապատվության և առողջապահություն) ֆինանսական օգնության հայտադիմում (Շարունակելի)

Որոշելու համար, թե ով կարող է իրավունք ունենալ ֆինանսական օգնություն ստանալու, մենք պետք է առաջին հերթին պահանջենք ներկայացնել ստորև թվարկված տեղեկատվությունը, որպես Ձեր ֆինանսական վիճակի ապացույց: Խնդրում ենք լրացնել հայտադիմումը և վերադարձնել այն կցելով բոլոր ստորև թվարկված կետերը: Եթե չեք կարողացում ներկայացնել որևէ փաստաթուղթ, կամ կան լրացուցիչ գործոններ, որոնք կարող են ազդել Ձեր գնահատման վրա, խնդրում ենք ուղարկել նաև գրավոր դիմում՝ բացատրելով եք Ձեր վիճակը:

Պահանջվող փաստաթղթերը.

- Անձը հաստատող փաստաթուղթ՝ ստորև նշվածից որևէ **մեկը**՝
 - Սոցիալական անվտանգության քարտի պատճենը
 - Նահանգի կողմից տրված վարորդական իրավունքի վկայականի պատճենը
 - Լուսանկարով այլ փաստաթղթի պատճենը
- Ընթացիկ հասցեի ապացույց՝ ստորև նշվածից որևէ **մեկը**՝
 - Վարձավճարման անդորրագիր
 - Կոմունալ ծառայությունների վճարման հաշիվ
- Medi-Cal կամ Medicaid ծրագրի կողմից լիազորությունների մերժում՝ ըստ բնակության երկրի:
- Հիվանդի ընտանիքի բոլոր անդամների* ընտանեկան եկամտի մասին հաստատող փաստաթղթերը ստացված 12 ամսվա ընթացքում մինչև Dignity Health-ի կողմից մատուցված ծառայությունը: Այն կարող է ներառել առավել արդիական եկամտային հարկի մասին հռչակագիր(գրերը) կամ նույն ժամանակահատվածի համար աշխատավարձի անդորրագրերը: Բնօրնագրաված անձիք պետք է հարկային հայտարարագրի հետ ներառեն C Ժամանակացույցը (Schedule C): Եթե տվյալներն անհասանելի են, խնդրում ենք առանձին բացատրական նամակով նշել ձեր նյութական վիճակը վերջին երեք ամիսների ընթացքում և այս հայտադիմումի հետ այն ներկայացնել:

*Հիվանդի ընտանիքի ներառում է՝

- Համաձայն Ընտանեկան օրենսգրքի 297 Բ-միջին՝ 18 տարեկան և բարձր տարիքի անձանց, ամուսնու, գույքընկերոջ և մինչև 21 տարեկան խնամքի տակ գտնվող երեխաների համար, անկախ դրանից, նրանք բնակվում են նույն տանը, թե ոչ:
- Մինչև 18 տարեկան անձանց համար՝ ծնող, խնամակալները և մինչև 21 տարեկան ծնողի կամ խնամակալի տարիքի մյուս երեխաները:

Ներկայացված փաստաթղթերի մեր նախնական ուսումնասիրումը ավարտելուց հետո, որակավորման վերաբերյալ որոշում կայացնելու համար հնարավոր է պահանջվի հետևյալը

Ֆինանսական ակտիվների ապացույց՝ ստորև նշվածից որևէ **մեկը**՝

- Ընթացիկ հաշվի վերջին 3 ամսվա ամսակալ քաղվածքները
- Խնայողական հաշվի վերջին 3 ամիսների ամսական բանկային քաղվածքները
- Բաժնետոմսեր, պարտատոմսեր և ավանդային հավաստագրեր

Ստորև ստորագրելով Դուք համաձայնում եք դիտարկվել ֆինանսական օգնություն ստանալու համար: Բացի այդ, Դուք հաստատում եք, որ այս հայտադիմումի մեջ լրացրած բոլոր հայտարարությունները ճշգրիտ և ամբողջական են: Եթե պարզվի, որ Ձեր կողմից տրամադրված տեղեկատվությունը թերի կամ կեղծ է, ապա Ձեր կողմից ստացված ցանկացած գեղջ կարող է չեղարկվել և ենթակա է հետ վճարմանը ամբողջությամբ: Ստորև ստորագրելով Դուք լիազորում եք Dignity Health ընկերությանը ստուգել Ձեր վարկային պատմությունը և համապատասխան հղումները՝ այս ծրագրի համար ֆինանսական օգնության իրավասությունը պարզելու:

Եթե Դուք ստանում եք վճարում ապահովագրական ընկերության, աշխատողները փոխհատուցման ծրագրի կամ որևէ այլ երրորդ կողմից, ապա համաձայնում եք նման վճարման մասին տեղեկացնել հիվանդանոցը: Հիվանդանոցը իրավունք է վերապահում վերցնել բնօրինակը, երրորդ կողմից հիվանդանոցային ծառայությունների համար ամբողջական վճարում ստանալու դեպքում:

Հաշվի համար պատասխանատու անձի ստորագրությունը (Երաշխավոր)

Ամսաթիվ

Լրացրած դիմումը ուղարկեք հետևյալ հասցեով՝

Bakersfield Memorial Hospital
420 34th St
Bakersfield, CA 93301

Վերանայվել է հունվարի 1, 2016թ.