St. Joseph's Behavioral Health

Ֆինանսական աջակցության դիմումի ձևաթղթի հրահանգներ

Սա ֆինանսական աջակցության դիմում է *CommonSpirit Health* բուժհաստատությունում:

CommonSpirit Health-ը ֆինանսական աջակցություն է տրամադրում եկամտի որոշակի պահանջներին բավարարող անձանց և ընտանիքներին: Դուք կարող եք համապատասխանել անվճար կամ զեղչված խնամքի պահանջներին՝ ելնելով ձեր ընտանիքի չափից և եկամտից, նույնիսկ եթե ունեք առողջության ապահովագրություն: Աջակցությունը տրամադրվում է այն հիվանդներին, որոնց ընտանեկան եկամուտն ավելի ցածր է, քան դաշնային աղքատության մակարդակի ուղեցույնցերով սահմանված 500%-ը: Դաշնային աղքատության մակարդակի ուղեցույնցերի մանրամասներին կարող եք ծանոթանալ այստեղ՝ **http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines**:

Ի՞նչ է ընդգրկում ֆինանսական աջակցությունը: Հիվանդանոցային ֆինանսական աջակցությունն ընդգրկում է CommonSpirit Health-ի կողմից հիվանդանոցում տրամադրվող համապատասխան ծառայություններ՝ կախված ձեր իրավասությունից: Ֆինանսական աջակցությունը կարող է չընդգրկել բուժսպասարկման բոլոր ծախսերը, այդ թվում այլ կազմակերպությունների կողմից մատուցվող ծառայությունները:

Եթե ունեք հարցեր կամ ձեզ օգնություն է հարկավոր այս դիմումը լրացնելիս. դուք կարող եք օգնություն ստանալ ցանկացած պատճառով, նաև հաշմանդամության և լեզվական աջակցության դեպքում՝ զանգահարելով 209-461-2000

Ձեր դիմումին ընթացք տալու համար դուք պետք է.

- ☐ **Տեղեկատվություն տրամադրեք ձեր ընտանիքի վերաբերյալ**
- ☐ **Տեղեկատվություն տրամադրեք ձեր ընտանիքի ամսական համախառն եկամտի վերաբերյալ (եկամուտը հարկերից և պահումներից առաջ)**
- ☐ **Փաստաթղթեր տրամադրեք ընտանիքի եկամտի համար**
- ☐ **Փաստաթղթեր տրամադրեք ընտանեկան ունեցվածքի համար**
- ☐ **Լրացուցիչ տեղեկատվություն տրամադրեք, ըստ անհրաժեշտության**
- ☐ **Ստորագրեք և ձևաթղթի վրա նշեք ամսաթիվը**

Նշում. Ֆինանսական աջակցության դիմելու համար կարիք չկա, որ տրամադրեք սոցիալական ապահովության համարը: Եթե մեզ տրամադրեք ձեր սոցիալական ապահովության համարը, դա կարագացնի ձեր դիմումին ընթացք տալու գործընթացը: Սոցիալական ապահովության համարներն օգտագործվում են մեզ տրամադրած տեղեկատվությունը ստուգելու նպատակով: Եթե դուք չունեք սոցիալական ապահովության համար, խնդրում ենք նշել «կիրառելի չէ» կամ «Ա/Չ»:

Լրացված դիմումն ամբողջ թղթաբանության հետ միասին փոստով կամ ֆաքսով ուղարկեք հետևյալ հասցեին՝ St Joseph's Behavioral Health, PO Box 213008, Stockton, CA 95213-9009, ֆաքս՝ 209-472-8062: Համոզվեք, որ ձեր օրի.նակը պահել եք:

Ձեր լրացված դիմումն անձամբ ուղարկեք հետևյալ հասցեին՝ St. Joseph's Behavioral Health, 2510 N. California Street, Stockton, CA 95065

Մենք ձեզ կծանուցենք իրավասության վերջնական որոշման և բողոքարկման իրավունքների վերաբերյալ, եթե կիրառելի է, ֆինանսական օգնության լրացված դիմումը ստանալուց հետո 30 օրացուցային օրվա ընթացքում, այդ թվում եկամտին առնչվող փաստաթղթերը:

Ֆինանսական օգնության դիմում ներկայացնելով՝ դուք մեզ տալիս եք ձեր համաձայնությունը, որպեսզի մենք կատարենք անհրաժեշտ հարցումներ՝ ֆինանսական պարտավորությունները և տեղեկատվությունը հաստատելու նպատակով:

Մենք ցանկանում ենք օգնել ձեզ: Խնդրում ենք անհապաղ ներկայացնել ձեր դիմումը:

Դուք գուցե վճարման ենթակա հաշիվներ ստանաք, քանի դեռ մենք չենք ստացել ձեր տեղեկատվությունը:

St. Joseph's Behavioral Health

Ֆինանսական աջակցության դիմումի ձևաթուղթ (FAA)

Խնդրում ենք ամբողջությամբ լրացնել ողջ տեղեկատվությունը: Եթե դա կիրառելի չէ, գրեք «Ա/Հ»: Անհրաժեշտության դեպքում կցեք լրացուցիչ էջեր:

ՍՏՈՒԳՄԱՆ ԵՆԹԱԿԱ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ
Ձեզ հարկավո՞ր է բանավոր թարգմանիչ: ☐ **Այո** ☐ **Ոչ** *Եթե այո, նշեք նախընտրելի լեզուն՝*
Հիվանդը դիմե՞լ է Medicaid-ի համար: ☐ **Այո** ☐ **Ոչ** *Գուցե պահանջվի դիմել՝ ֆինանսական աջակցության համար դիտարկվելուց առաջ*
Հիվանդը ստանո՞ւմ է պետական հանրային ծառայություններ, ինչպիսիք են՝ սննդի դրոշմանիշերը կամ WIC-ը (Կանայք, փոքրիկներ և երեխաներ): ☐ **Այո** ☐ **Ոչ**
Հիվանդն այս պահին անօթևա՞ն է: ☐ **Այո** ☐ **Ոչ**
Հիվանդի բժշկական խնամքն առնչվո՞ւմ է ավտոպատահարի կամ աշխատանքային վնասվածքի հետ: ☐ **Այո** ☐ **Ոչ**
Dignity Health կամ CommonSpirit Health հիվանդանոց(ներ)ի ցանկը, որտեղ դուք բուժվել եք՝

ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ՆԿԱՏԻ ՈՒՆԵՆԱԼ
• Մենք չենք կարող երաշխավորել, որ դուք կհամապատասխանեք ֆինանսական աջակցության պահանջներին, նույնիսկ եթե դիմում եք: • Ձեր դիմումն ուղարկելուց հետո մենք կարող ենք ստուգել ամբողջ տեղեկատվությունը և խնդրել լրացուցիչ տեղեկատվություն կամ եկամտի ապացույց:

ՀԻՎԱՆԴԻ ԵՎ ԴԻՄՈՂԻ ՄԱՍԻՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ			
Հիվանդի անունը	Հիվանդի երկրորդ անունը		Հիվանդի ազգանունը
Ծննդյան ամսաթիվը	Հիվանդի հաշվեհամարները՝		Հիվանդի սոցիալական ապահովության համարը (ընտրովի*)
Հաշիվը վճարելու համար պատասխանատու անձը	Բարեկամական կապը հիվանդի հետ	Ծննդյան ամսաթիվը	Սոցիալական ապահովության համարը (ընտրովի*)
_____ Փոստային հասցեն _____ քաղաք նահանգ փոստային դասիչ			Հիմնական կոնտակտային ( ) _____ ( ) _____ Էլեկտրոնային փոստի հասցեն _____

Հաշիվը վճարելու համար պատասխանատու անձի զբաղվածության կարգավիճակը

□ **Աշխատում է** (աշխատանքի ընդունման ամսաթիվը՝ _____)

□ **Չի աշխատում** (որքան ժամանակ է, որ չի աշխատում՝ _____)

□ **Ինքնազբաղված է** □ **Ուսանող** □ **Հաշմանդամ** □ **Թոշակառու** □ **Այլ** (_____)

ԸՆՏԱՆԻՔԻ ՄԱՍԻՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Նշեք ձեր տնային տնտեսության ընտանիքի անդամներին, նաև ձեզ: Հիվանդի «ընտանիք»-ը ներառում է.

- 18 տարեկան և բարձր տարիքի անձանց համար՝ ամուսինը/կինը, զուգընկերը և մինչև 21 տարեկան հասակի խնամառու երեխաները՝ անկախ նրանից, թե տանն են բնակվում, թե ոչ:
- Մինչև 18 տարեկան անձանց համար՝ ծնողները, խնամող ազգականները և ծնողի կամ խնամող ազգականի մինչև 21 տարեկան մյուս երեխաները:

ԸՆՏԱՆԻՔԻ ՉԱՓԸ_____ *Անհրաժեշտության դեպքում կցեք լրացուցիչ էջ*

Անունը	Ծննդյան ամսաթիվը	Բարեկամական կապը հիվանդի հետ	Եթե 18 տարեկան կամ ավելի մեծ է՝ Գործատու(ներ)ի անունը կամ եկամտի աղբյուրը	Եթե 18 տարեկան կամ ավելի մեծ է՝ Ամսական ընդհանուր համախառն եկամուտը (նախքան հարկերը)՝	Նաև դիմո՞ւմ եք ֆինանսական աջակցության համար:
					Այո / Ոչ
					Այո / Ոչ
					Այո / Ոչ
					Այո / Ոչ
					Այո / Ոչ
					Այո / Ոչ

Ընտանիքի բոլոր չափահաս անդամների եկամուտները պետք է տրամադրվեն: Եկամտի աղբյուրները ներառում են, օրինակ՝

- Աշխատավարձ - Գործազրկություն - Ինքնազբաղվածություն - Աշխատողի փոխհատուցում
- Հաշմանդամություն - SSI (սոցիալական ապահովության եկամուտ) - Երեխայի/ամուսնու/կնոջ ալիմենտ
- Աշխատանք-ուսում ծրագրեր (ուսանողներ) - Կենսաթոշակ - Կենսաթոշակային հաշիվների բաշխումներ
- Այլ (*խնդրում ենք նշել* ՝_____)

St. Joseph's Behavioral Health
Ֆինանսական աջակցության դիմումի ձևաթուղթ (FAA)

ԵԿԱՄՏԻ ՄԱՍԻՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

ՀԻՇԵՔ. Ձեր դիմումի մեջ պետք է ներառեք եկամտի ապացույց:

Դուք պետք է տեղեկատվություն տրամադրեք ձեր ընտանիքի եկամտի մասին: Ֆինանսական աջակցությունը որոշելու համար պահանջվում է եկամուտների ստուգում:

Ընտանիքի 18 տարեկան և ավելի մեծ բոլոր անդամները պետք է տրամադրեն իրենց եկամուտը: Խնդրում ենք տրամադրել ապացույցներ եկամտի յուրաքանչյուր նշված աղբյուրի համար:

Եկամտի ապացույցի օրինակները ներառում են.

- Անցյալ տարվա եկամտահարկի հայտարարագիր, այդ թվում ժամանակացույցները, եթե կիրառելի է, կամ
- «W-2» պահումների մասին հայտարարություն, կամ
- Ընթացիկ վճարման կտրոններ (*Յամիս*) կամ
- Գործատուներից կամ այլ անձանց կողմից գրավոր, ստորագրված տեղեկանքներ ԵՎ
- Medicaid-ի և/կամ պետության կողմից ֆինանսավորվող բժշկական աջակցության իրավասության հաստատում/մերժում, կամ
- Գործազրկության փոխհատուցման իրավասության հաստատում/մերժում:

Եթե չունեք եկամտի ապացույց կամ եկամուտ, խնդրում ենք կցել ստորագրված հայտարարությամբ լրացուցիչ էջ, որը բացատրում է, թե ինչպես եք վճարում հիմնական ապրուստի ծախսերը (օրինակ՝ բնակարան, սնունդ և կոմունալ ծառայություններ):

ՈՒՆԵՑՎԱԾՔԻ ՄԱՍԻՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

ՀԻՇԵՔ. Ձեր դիմումի մեջ պետք է ներառեք ունեցվածքի մասին ապացույց:

Դուք պետք է տեղեկատվություն տրամադրեք ընտանիքի ցանկացած անդամին պատկանող ամբողջ ունեցվածքի մասին: Ֆինանսական աջակցությունը որոշելու համար պահանջվում է ունեցվածքի ստուգում:

Ընտանիքի 18 տարեկան և ավելի մեծ բոլոր անդամները, պետք է տրամադրեն իրենց հասանելի ֆինանսական ռեսուրսները: Խնդրում ենք տրամադրել ապացույցներ ունեցվածքի յուրաքանչյուր նշված աղբյուրի համար. եկամտի ապացույցի օրինակները ներառում են.

- Ընթացիկ բանկային քաղվածքներ (ամենավերջին 3 ամսվա կտրվածքով)
  - Ընթացիկ հաշվեհամար(ներ)
  - Խնայողական հաշվեհամար(ներ)
- Ներդրումներ, այդ թվում բաժնետոմսեր և պարտատոմսեր
- Թրաստային միջոցներ
- Դրամական շուկայի հաշվեհամար(ներ)
- Փոխադարձ ներդրումային միջոցներ
- Այլ ներդրումային ֆինանսական միջոցներ, որոնք տուգանք չեն առաջացնի, եթե ֆինանսական միջոցները դուրս բերվեն:

Dignity Health

ԼՐԱՑՈՒՑԻՉ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Խնդրում ենք կցել լրացուցիչ էջ, եթե ձեր ընթացիկ ֆինանսական վիճակի մասին առկա են այլ տեղեկություններ, որոնք կցանկանայիք մեզ տեղեկացնել, ինչպիսիք են՝ ֆինանսական դժվարությունները, չափազանց շատ բժշկական ծախսերը, սեզոնային կամ ժամանակավոր եկամուտը կամ անձնական կորուստը:

ՀԻՎԱՆԴԻ ՀԱՄԱՁԱՅՆԱԳԻՐ

Ես հասկանում եմ, որ CommonSpirit Health-ը կարող է ստուգել տեղեկատվությունը՝ վերանայելով վարկային տեղեկատվությունը և ստանալով տեղեկատվություն այլ աղբյուրներից՝ օգնելու որոշել ֆինանսական աջակցության կամ վճարման պլանների իրավասությունը:

- Ես հավաստում եմ, որ իմ տրամադրած տեղեկատվությունը ճշմարիտ է և ճշգրիտ, որքանով ինձ հայտնի է:
- Ես ինքնուրույն կամ հիվանդանոցի անձնակազմի աջակցությամբ կդիմեմ ՑԱՆԿԱՑԱԾ և ՈՂՋ աջակցության համար, որը կարող է հասանելի լինել դաշնային, նահանգային, տեղական կառավարման և մասնավոր աղբյուրների միջոցով՝ օգնելու վճարել այս բուժսպասարկման հաշիվը:
- Ես հասկանում եմ, որ եթե չհամագործակցեմ CommonSpirit Health-ի հետ պահանջվող տեղեկատվությունը տրամադրելու հարցում, իմ դիմումը կարող է մերժվել:
- Ես հասկանում եմ, որ իմ ներկայացրած տեղեկատվությունը ենթակա է ստուգման CommonSpirit Health-ի, այդ թվում վարկային տեղեկություններ տրամադրող գործակալությունների կողմից, ինչպես նաև ենթակա է վերանայման դաշնային և/կամ նահանգային գործակալությունների և այլոց կողմից, ըստ անհրաժեշտության:
- Ես հասկանում եմ, որ լրացուցիչ տեղեկություններ կարող են պահանջվել՝ աջակցության պահանջներին համապատասխանելու համար:

Եթե դուք վճարում եք ստանում ապահովագրական ընկերությունից, աշխատողների փոխհատուցման պլանից կամ որևէ այլ երրորդ կողմից, դուք համաձայնում եք տեղեկացնել հիվանդանոցին այդպիսի վճարման մասին: Հիվանդանոցը պահպանում է իր իրավունքը՝ գանձելու սկզբնական, ամբողջությամբ կատարված վճարները, եթե երրորդ կողմը ձեզ վճարի հիվանդանոցային ծառայությունների համար:

_____ _____

Դիմող անձի ստորագրություն Ամսաթիվ