



Ֆինանսական օգնության դիմումի ձևը լրացնելու ցուցումներ

Սա ֆինանսական օգնության դիմում է **Encino Hospital Medical Center**-ի համար:

Մենք ունենք երկու տեսակի ֆինանսական աջակցության ծրագրեր՝ **Բարեգործական խնամք** և **Զեղչված վճարների ծրագիր**: Դուք կարող եք իրավունք ունենաք անվճար կամ զեղչված գումարով բուժման համար՝ կախված ձեր ընտանիքի անդամների քանակից և եկամուտից: Մեր ֆինանսական աջակցության քաղաքականությունը դիտելու համար այցելեք www.encinomed.org/help-paying-your-bill հղումով:

Ի՞նչ է ներառում ֆինանսական օգնությունը: Եթե դուք իրավասու չեք պետական ծրագրին մասնակցելու և ունեք ցածր և միջին եկամուտ, դուք իրավունք ունեք դիմելու մեր Ֆինանսական աջակցության ծրագրին: Մենք տրամադրում ենք ֆինանսական աջակցություն՝ օգնելու իրավասու հիվանդներին վճարել առողջապահական խնամքի համար՝ ելնելով իրենց ֆինանսական կարիքներից: Սա ներառում է շտապ, հրատապ կամ բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ օգնություն: Հիվանդները, որոնք համապատասխանում են չափանիշներին, ստանում են իրենց ծախսերի մի մասի կամ ամբողջ գումարի փոխհատուցում՝ անկախ այն բանից, թե նրանք ունեն առողջապահական ապահովագրություն, ապահովագրված չեն կամ անբավարար ապահովագրություն ունեն:

Այս քաղաքականությունը չի տարածվում Encino Hospital Medical Center գործող բժիշկների վրա: Եթե օգնության կարիք ունեք ձեր բուժման հաշիվը վճարելու համար, դուք պետք է դիմեք ձեր բժշկի անձնական գրասենյակ և խոսեք գրասենյակի անձնակազմի հետ:

Եթե հարցեր կամ օգնության կարիք ունեք այս դիմումը լրացնելու համար. Ցանկացած օգնություն ստանալու համար, ներառյալ լեզվական, զանգահարեք մեր **Patient Financial Services՝ 818-501-0434** հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ, 8 a.m.-ից 5 p.m.: Կարող եք նաև այցելել վերը նշված կայք:

Որպեսզի ձեր դիմումն ընթացք ստանա, դուք պետք է՝

- Տրամադրեք մեզ տեղեկատվություն ձեր ընտանիքի մասին
- Տրամադրեք տեղեկատվություն և փաստաթղթեր ձեր ընտանիքի ամսական համախառն եկամտի մասին (եկամուտը մինչև հարկերը և նվազեցումները): Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տե՛ս «Եկամուտ և ընտանիքի չափ» բաժինը ֆինանսական աջակցության դիմումում:
- Անհրաժեշտության դեպքում կցեք լրացուցիչ տեղեկատվություն/փաստաթղթեր
- Ստորագրեք և նշեք ամսաթիվը

Ուղարկեք լրացված դիմումը և օժանդակ փաստաթղթերը հետևյալ հասցեով՝

Encino Hospital Medical Center, Attention: Patient Financial Services
16237 Ventura Boulevard, Encino, CA 91436

 **Encino Hospital Medical Center**

Նույն հասցեով կարող եք նաև անձամբ ներկայացնել ձեր դիմումը և օժանդակ փաստաթղթերը: Ամբողջական դիմումը և օժանդակ փաստաթղթերը ստանալուց հետո 30 օրվա ընթացքում մենք ձեզ կտեղեկացնենք ձեր իրավունքների և բողոքարկման իրավունքների մասին, եթե կիրառելի է: Եթե ձեր դիմումը թերի է, դուք նամակ կստանաք, որում ձեզ կխնդրեն տրամադրել անհրաժեշտ փաստաթղթեր ձեր դիմումին ընթացք տալու համար: Ֆինանսական աջակցության դիմում ներկայացնելով՝ դուք համաձայնում եք անցնել անհրաժեշտ ստուգումներ՝ ստուգելու ձեր ֆինանսական պարտավորությունները և տեղեկատվությունները:

Մենք ուզում ենք օգնել: Խնդրում ենք դիմել որքան հնարավոր է շուտ: Դուք կշարունակեք ստանալ քաղվածքներն այնքան ժամանակ, մինչև մենք ստանանք ձեր կողմից լրացված դիմումը և հաստատող փաստաթղթերը:



Ֆինանսական աջակցության դիմումի ձև — *Գաղտնի*

Խնդրում ենք նկատի ունենալ, որ մենք չենք կարող երաշխավորել, որ ձեզ կընտրեն ֆինանսական աջակցության համար, նույնիսկ եթե դիմեք:

ԼՐԱՑՎԱԾ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹԸ ՓՈՍՏՈՎ ՌԻՂԱՐԿԵՔ ՀԵՏԵՎՅԱԼ ՀԱՍՑԵՈՎ՝

Encino Hospital Medical Center, Attention: Patient Financial Services

16237 Ventura Boulevard, Encino, CA 91436

Դիմումը և օժանդակ փաստաթղթերը կարող եք ներկայացնել նաև անձամբ նույն հասցեով:

Խնդրում ենք ամբողջությամբ լրացնել բոլոր դաշտերը: Եթե որևէ տեղեկություն ձեզ չի վերաբերում, գրեք «N/A» (տվյալներ չկան): Անհրաժեշտության դեպքում կցեք լրացուցիչ էջեր:

Դիմումի ամսաթիվ՝	Ծառայության ամսաթիվ՝
Մոցիալական ապահովության #: (ընտրովի) <input type="checkbox"/> Ես չունեմ սոցիալական ապահովության #	
Հիվանդի անունը՝	Հիվանդի ծննդյան ամսաթիվը՝
Հաշվի համար՝	Հեռախոս #: <input type="checkbox"/> Տան <input type="checkbox"/> Բջջային
Հասցե, քաղաք, նահանգ և փոստային կոդ՝	
Արդյո՞ք հիվանդը ներկայումս անօթևան է: Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/>	

Այս ձևանմուշը լրացնելու վերաբերյալ ցանկացած հարցի համար խնդրում ենք զանգեք **Patient Financial Services՝ 818-501-0434** հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, 8 a.m.-ից 5 p.m.:

Խնդրում ենք նշել ֆինանսական աջակցության տեսակը, որով դուք հետաքրքրված եք.

- Բարեգործական խնամք
- Ձեռչված վճարների ծրագիր

Խնդրում ենք հաշվի առնել:

- (1) Հիվանդանոցը կարող է պահանջել միայն վերջին վճարումների ծանուցումներ կամ հարկային հայտարարագրեր՝ որպես եկամտի ապացույց:
Հիվանդանոցը կարող է ընդունել եկամուտների մասին փաստաթղթերի այլ ձևեր, բայց չպետք է պահանջի դրանք:
- (2) Հիվանդները կարող են ավելի քիչ ֆինանսական աջակցություն ստանալ, քան նրանց հասանելի է բարեգործական խնամքի ծրագրի միջոցով:

ՀԱՐՑՈՒՄ.

- (1) Արդյո՞ք հիվանդը ծառայություն ստանալու ժամանակ Կալիֆորնիայի բնակիչ էր: Այո Ոչ
- (2) Արդյո՞ք ստացված բժշկական ծառայությունները կապված են Այո Ոչ
ավտոտրանսպորտային պատահարի, երրորդ կողմի պատճառած վնասվածքի կամ աշխատողների փոխհատուցման հետ: *Եթե այո, ո՞րն է վնասվածքի ամսաթիվը:* _____

Encino Hospital Medical Center

- (3) Արդյո՞ք հիվանդը ծառայություն ստանալու պահին որևէ ակտիվ առողջության ապահովագրություն ուներ: Այո Ոչ
- (4) Արդյո՞ք հիվանդը ծառայության ժամանակ ակտիվ Medi-Cal ստացող էր: **Եթե այո, խնդրում ենք այս դիմումին կցել ձեր առողջության ապահովագրության կամ Medi-Cal քարտի պատճենը:** Այո Ոչ

ԸՆՏԱՆԻՔԻ ԵԿԱՄՈՒՏԸ ԵՎ ԱՆԴԱՄՆԵՐԻ ԹԻՎԸ

- **Ընտանիքի** բոլոր չափահաս անդամների եկամուտները պետք է ներկայացվեն: Եկամուտը ներառում է համախառն եկամուտը (նախքան հարկերը և պահուստները): Եկամտի աղբյուրները կարող են ներառել, օրինակ՝ աշխատավարձերը, գործազրկության նպաստները, ինքնազբաղվածությունը, աշխատանքային վասսվաժքների փոխհատուցումը, սոցիալական ապահովության նպաստները, հանրային աջակցությունը և ակտիվներից եկամուտը (օրինակ՝ շահաբաժիններ, վարձակալական եկամուտներ, ներդրումային ֆոնդեր, անհատական կենսաթոշակային հաշիվներ և այլն):
- «Ընտանիք» նշանակում է (1) 18 և բարձր տարիքի անձանց համար՝ ամուսինը, քաղաքացիական ամուսինը և մինչև 21 տարեկան երեխաները, անկախ նրանից՝ նրանք ապրում են տանը, թե ոչ (2) մինչև 18 տարեկան անձանց համար՝ ծնողը, խնամակալ հարազատները և մինչև 21 տարեկան այլ երեխաները, ովքեր ծնողի կամ խնամակալ ազգականի զավակներն են:

Ընտանիքի անդամի անունը	Ծննդյան ամսաթիվը	Հարաբերությունը հիվանդի հետ	Եկամտի աղբյուրը կամ գործատուի անունը	Եկամուտ՝ դիմումի օրվանից 3 ամսվա համար	Եկամուտ՝ դիմումի օրվանից 12 ամսվա համար
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$

- Այս դիմումի հետ ՊԵՏՔ Է տրամադրվի բոլոր աղբյուրներից եկամտի ապացույցը (օրինակ՝ 3 վերջին ամիսների վճարման անդորրագրերը, ամենավերջին հարկային հայտարարագիրը (IRS Ձև 1040) և այլն):
- **Եթե դուք հայտնում եք \$0 եկամուտ**, խնդրում ենք տրամադրել գրավոր հայտարարություն այն մասին, թե ինչպես եք դուք (կամ հիվանդը) գոյատևում ֆինանսապես, ներառյալ, թե ով է ապահովում սնունդ, կացարան, տրանսպորտ և այլն, և որքան ժամանակ եք մնացել առանց եկամուտի:



Encino Hospital Medical Center

ԸՆԹԱՑԻԿ ԾԱԽՍԵՐ (դիմումի օրվանից վերջին 12 ամիսը)

Մենք օգտագործում ենք այս տեղեկատվությունը ձեր ֆինանսական վիճակի մասին ավելի ամբողջական պատկերացում կազմելու համար:

Ընտանիքի ամսական ծախսեր.

Բժշկական ծախսեր** (հիվանդանոց, բժիշկ, ատամնաբուժական, տեսողություն, դեղատոմսեր և այլն)	\$	Առողջության ապահովագրության վճարներ** (բժշկական, ատամնաբուժական, տեսողություն)	\$
-------------------------------------------------------------------------------------------	----	-----------------------------------------------------------------------------------	----

**** Խնդրում ենք տրամադրել վերը նշված բոլոր անդորրագրերը/Նպաստների բացատրությունը՝ վճարված, թե չվճարված**

ՀԱՎԵԼՅԱԼ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

Խնդրում ենք կցել լրացուցիչ էջ, եթե ունեք տեղեկություններ ձեր ընթացիկ ֆինանսական վիճակի մասին, որի մասին կցանկանայիք տեղեկացնել մեզ, ինչպիսիք են ֆինանսական դժվարությունները, չափազանց մեծ բժշկական ծախսերը կամ սեզոնային կամ ժամանակավոր եկամուտները:

ՀԻՎԱՆԴԻ ՀԱՄԱՁԱՅՆՈՒԹՅՈՒՆ

Ես հասկանում եմ, որ **Encino Hospital Medical Center**-ը կարող է ստուգել տեղեկատվությունը՝ վերանայելով վարկային տեղեկատվությունը և ստանալով տեղեկատվություն այլ աղբյուրներից՝ օգնելու որոշել ֆինանսական աջակցության կամ վճարման ծրագրերի իմ իրավասությունը:

Ես հավաստում եմ, որ վերոնշյալ տեղեկատվությունը ճշմարիտ է և հավաստի: Ես հասկանում եմ, որ եթե իմ տրամադրած տեղեկատվությունը կեղծ է, ֆինանսական աջակցությունը կարող է մերժվել, և ես կարող եմ պատասխանատվություն կրել մատուցվող ծառայությունների դիմաց վճարելու համար:

Դիմողի ստորագրություն _____ Ամսաթիվ _____