



0332C

ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ԱԶԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԴԻՄՈՒՄԻ ՀՐԱՀԱՆԳՆԵՐ

1. Խնդրում ենք լրացնել կցված դիմումի ձևաթղթի **բոլոր** հատվածները: Եթե որևէ հատված կիրառելի չէ՝ ձեր դեպքում, գրեք ԿԻՐԱՌԵԼԻ 2Է տրամադրված մասում:
2. Լրացուցիչ թերթ կցեք, եթե ձեզ ավելի շատ տեղ է հարկավոր որևէ հարցի պատասխանելու համար:
3. Դուք պետք է տրամադրեք եկամուտն ապացուցող փաստաթղթեր, երբ ներկայացնեք այս դիմումը: Որպես եկամուտի ապացույց՝ ընդունվում են հետևյալ փաստաթղթերը.

Եթե հանձնել եք դաշնային եկամտահարկի հայտարարագիր, ապա պետք է ներկայացնեք հետևյալի պատճեն՝

- a. Ամենավերջին տարվա դաշնային եկամտահարկի հայտարարագիր (Ձևաթուղթ 1040): Դուք պետք է ներառեք բոլոր ժամանակացույցները և կցումները՝ ինչպես ներկայացրել եք Հարկային վարչությանը:

Եթե չեք հանձնել դաշնային եկամտահարկի հայտարարագիր, խնդրում ենք տրամադրել հետևյալը՝

- a. Վերջին աշխատավարձի վճարման երկու (2) չեկերի կտրոն, և
- b. Նամակ, որը բացատրում է, ինչու չեք հանձնել դաշնային եկամտահարկի հայտարարագիր:

Եթե եկամուտ կամ եկամուտն ապացուցող փաստաթղթեր չունեք, խնդրում ենք նամակ տրամադրել՝ բացատրելով, թե ինչպես եք ապահովում ձեզ/ձեր ընտանիքը:

4. Աջակցության ձեր դիմումը չի կարող մշակվել, մինչև չտրամադրեք բոլոր պահանջվող տվյալները:
5. Կարևոր է լրացնել և ներկայացնել Ֆինանսական աջակցության դիմումը՝ բոլոր պահանջվող կցումների հետ միասին, **տասնչորս (14) օրվա** ընթացքում:
6. Դուք պետք է ստորագրեք և ամսագրեք Ֆինանսական աջակցության դիմումը: Եթե հիվանդը/պատասխանատու կողմը և կինը/ամուսինը տվյալներ են տրամադրում, ապա երկուսն էլ պետք է ստորագրեն դիմումը:
7. Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Patient Business Office՝ (909) 651-4177 հեռախոսահամարով, ժամը 9:00 a.m.-ից մինչև 5:00 p.m.-ը, երկուշաբթիից հինգշաբթի, և ժամը 9:00 a.m.-ից մինչև 2:00 p.m.-ը ուրբաթ (բացի հանգստյան և տոն օրերից): Հանգստյան, տոն օրերին և աշխատանքային ժամերից հետո օգնության համար խնդրում ենք դիմել որևէ Գրանցման ներկայացուցչին:
8. Ուղարկեք ձեր լրացված Ֆինանսական աջակցության դիմումը և բոլոր պահանջվող փաստաթղթերը հետևյալ հասցեով՝

Loma Linda University Children's Hospital
 Patient Business Office
 P.O. Box 907
 Loma Linda, CA 92354



Loma Linda University Children's Hospital
 ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ԱԶԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԴԻՄՈՒՄԻ
 ՀՐԱՀԱՆԳՆԵՐ
 Էջ 1-ը 3-ից

ՀԻՎԱՆԴԻ ՆՈՒՅՆԱԿԱՆՑՈՒՄ

ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ԱԶԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԴԻՄՈՒՄԻ ՀՐԱՀԱՆԳՆԵՐ

Այս ձևաթղթի նպատակն է որոշել հիվանդի/պատասխանատու կողմի իրավասությունը ֆինանսական աջակցության համար՝ համաձայն Loma Linda University Children's Hospital-ի Բարեգործական խնամքի/Ձեռնարկի վնարման քաղաքականության:

ՀԻՎԱՆԴ/ՊԱՏԱՍԽԱՆԱՏՈՒ ԿՈՂՄ ԱՆՈՒՆ _____ **ԿԻՆ/ԱՄՈՒՍԻՆ ԱՆՈՒՆ** _____

ՀԱՍՑԵ _____ **ՀԵՌԱԽՈՍ**
Տուն՝ _____
Աշխատավայր՝ _____

ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ Հիվանդ/պատասխանատու կողմ _____ **Կին/ամուսին** _____

ԸՆՏԱՆԵԿԱՆ ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿ (նշեք բոլորին, ում ծախսերն եք հոգում)

Անուն	Տարիք	Հարաբերություն

ՉԲԱՂՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿ Հիվանդ/պատասխանատու կողմ

Գործատու
 Հիվանդ/պատասխանատու կողմ _____
 Պաշտոն _____
 Գործատու _____
 Կոնտակտային անձ _____
 Գործատուի կոնտակտային տվյալներ _____
 Հեռախոս _____

Կնոջ/ամուսնու գործատու
 Կնոջ/ամուսնու պաշտոն _____
 Գործատու _____
 Կոնտակտային անձ _____
 Գործատուի կոնտակտային տվյալներ _____
 Հեռախոս _____



Loma Linda University Children's Hospital
 ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ԱԶԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԴԻՄՈՒՄԻ
 ՀՐԱՀԱՆԳՆԵՐ
 Էջ 2-ը 3-ից

ՀԻՎԱՆԴԻ ՆՈՒՅՆԱԿԱՆՑՈՒՄ

ԵԿԱՄՈՒՏ

	Հիվանդ/ Երաշխավոր	Կին/ամուսին
1. Համախառն աշխատավարձ/տարեկան (նախքան հանումները)	\$ _____	\$ _____
2. Ինքնագրավածության եկամուտ/տարեկան	\$ _____	\$ _____
3. Այլ եկամուտ՝		
a. Տոկոսներ և շահաբաժիններ	\$ _____	\$ _____
b. Անշարժ գույքի վարձակալություն	\$ _____	\$ _____
c. Սոցիալական ապահովություն	\$ _____	\$ _____
d. Ապրուստադրամ	\$ _____	\$ _____
e. Երեխայի ապրուստադրամ	\$ _____	\$ _____
f. Գործազրկություն/հաշմանդամություն	\$ _____	\$ _____
g. Հանրային աջակցություն	\$ _____	\$ _____
h. Բոլոր մյուս աղբյուրները (ցուցակ կցեք)	\$ _____	\$ _____
Ընդհանուր եկամուտ (գումարեք վերևի 1 - 3h տողերը)	\$ _____	\$ _____

ԱՆՍՈՎՈՐ ԾԱԽՍԵՐ

Խնդրում ենք տեղեկություններ տրամադրել որևէ անսովոր ծախսերի մասին, ինչպես օրինակ՝ բժշկական հաշիվներ, սնանկացում, դատական վճիռներ կամ կարգավորման վնարումներ (ցուցակ կցեք, եթե հարկավոր է):

Նկարագիր	Գումար

Ստորև ստորագրելով՝ ես/մենք հայտարարում եմ/ենք, որ բոլոր տրամադրված տեղեկությունները ճշմարիտ են և ստույգ, որքանով որ ինձ/մեզ հայտնի է: Ես/մենք լիազորում եմ/ենք LLUCH-ին ստուգել այս դիմումի մեջ նշված ցանկացած տվյալներ: Ես/մենք հատկապես թույլ եմ/ենք տալիս կապվել իմ/մեր գործատուի հետ:

Հիվանդի/պատասխանատու կողմի ստորագրություն	Հարաբերությունը հիվանդին	Ամսաթիվ
Կնոջ/ամուսնու ստորագրություն	Ամսաթիվ	



Loma Linda University Children's Hospital
ՖԻԼԱՆՍԱԿԱՆ ԱԶԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԴԻՄՈՒՄԻ
ՀՐԱՀԱՆԳՆԵՐ
Էջ 3-ը 3-ից

ՀԻՎԱՆԴԻ ՆՈՒՅՆԱԿԱՆՑՈՒՄ