

**Նյու Ջերզիի Հիվանդանոցային Խնամքի Վճարման
Աջակցության Ծրագիր
ՄԱՍՆԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԴԻՄՈՒՄ**

ԴԻՄՈՒՄԻՆ ԿԻՑ ԳԵՏՔ Է ՆԵՐԿԱՅԱՑՆԵԼ ԻՆՔՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՍՏԱՏՄԱՆ ԱՊԱՑՈՒՅՑ, ԵՎԱՄՏԻ ԱՊԱՑՈՒՅՑ ԵՎ ԱԿՏԻՎՆԵՐԻ
ԱՊԱՑՈՒՅՑ: ՈՒՂԱՐԿԵՔ ԲՈՒՈՐ ԴԱՀԱՆՁՎՈՂ ՓԱՏՏԱԹՂԹԵՐԻ ԿՐԿՆՕՐԻՆԱԿՆԵՐԸ: ՄԻ ՈՒՂԱՐԿԵՔ ԲՆՕՐԻՆԱԿ
ՓԱՏՏԱԹՂԹԵՐ, ՔԱՆՁԻ ԴՐԱՆՔ ՉԵՆ ՎԵՐԱԴԱՐՁՎԵԼՈՒ:

ԲԱԺԻՆ I – Անձնական տեղեկություններ

1. ՀԻՎԱՆԴԻ ԱՆՈՒՆ _____ (Ազգանուն) _____ (Անուն) _____ (ՄԱ)		ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ _____ - _____ - _____
3. ԴԻՄՈՒՄԻ ԱՄՍԱԹԻՎ ____ / ____ / ____ Ամիս Օր Տարի	4. ԾԱՌԱՅՈՒԹՅԱՆ ՍԿՉԲՆԱԿԱՆ ՕՐԸ ____ / ____ / ____ Ամիս Օր Տարի	5. ԾԱՌԱՅՈՒԹՅԱՆ ԴԱՀԱՆՁՎԱԾ ՕՐԸ ____ / ____ / ____ Ամիս Օր Տարի
6. ՀԻՎԱՆԴԻ ԲՆԱԿՈՒԹՅԱՆ ՀԱՍՑԵՆ		7. ՀԵՌԱԽՈՍԱՀԱՄԱՐԸ () -
8. ՔԱՂԱՔ, ՆԱՀԱՆԳ, ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԴԱՍԻՉ		9. ԸՆՏԱՆԻՔԻ ՉԱՓԸ *
10. ԱՄՆ ՔԱՂԱՔԱՑԻՈՒԹՅՈՒՆ <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/> Դիմումն ընթացքի մեջ է		11. ՆՅՈՒ ԶԵՐՁԻ ՆԱՀԱՆԳՈՒՄ 3 ԱՄԻՍ ԲՆԱԿՎԵԼՈՒ ԱՊԱՑՈՒՅՑ <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
12. ԵՐԱՇԽԱՎՈՐԻ ԱՆՈՒՆԸ (Եթե հիվանդից բացի մեկ ուրիշն է)		13. ՀԻՎԱՆԴԸ 65 ՏԱՐԵԿԱՆԻՑ ԲԱՐՁՐ Է <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/> CWF ներառվում է
14. ՀԻՆՎԱՆԴԻ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՎԱԾ Է: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ		

ԲԱԺԻՆ II – Ակտիվների չափանիշները (գրասենյակի կողմից օգտագործման համար)

15. Անձնական Գույքեր. _____

16. Ընտանեկան Գույքեր. _____

17. Գույքերը ներառում են՝

- A. Կանխիկ Գումար _____
- B. Կուտակային Հաշիվներ _____
- C. Բանկային Հաշիվներ _____
- D. Ավանդի Վկայագրեր / I.R.A. _____
- E. Կապիտալ Անշարժ Գույքում (հիմնական բնակության վայրից բացի) _____
- F. Այլ Գույքեր (Գանձապահական Պարտատոմսեր, շրջանառվող թղթեր, ընկերությունների բաժնետոմսեր և պարտատոմսեր) _____
- G. Ընդամենը \$ 0.00

* Ընտանիքի չափը ներառում է Ձեզ, կնոջը/ամուսնուն և անչափահաս երեխաներին: Հղի կանայք հաշվարկվում են որպես ընտանիքի երկու անդամ:

ՄԱՍՆԱԿՅՈՒԹՅԱՆ ԴԻՄՈՒՄ
(շարունակություն)

ԲԱԺԻՆ III – Եկամտի չափանիշներ

Երբ որոշվում է հիվանդանոցային խնամքի համար աջակցության իրավունակությունը, կնոջ/ամուսնու եկամուտն ու ակտիվները պետք է օգտագործվեն անչափահաս երեխային համար: Այս դիմումին պետք է կցված լինի եկամտի ապագույց:

Եկամուտը հիմնված է ծառայությանը նախորդող կամ տասներկու ամսվա, կամ երեք ամսվա, կամ մեկ ամսվա հաշվարկը:

Հիվանդի / Ընտանիքի զուտ եկամուտը հավասար է հետևյալներից ամենաբիշին՝

Վերջին 12 ամիս		Վերջին 3 ամիս x4		Վերջին 1 ամիս X12
	կամ		կամ	

18. ԵԿԱՄՏԻ ԱՂՔՅՈՒՐՆԵՐԸ

		Շաբաթական	Ամսական	Տարեկան
A. Աշխատավարձ նախքան պահումները	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Հանրային աջակցություն	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Սոցիալական ապահովության նպաստներ	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Գործազրկություն և Աշխատողների Վնասի Փոխհատուցում	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Վետերանի Նպաստներ	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Ալիմենտ / Երեխայի աջակցություն	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Իրենց դրամական աջակցություն	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Թոշակային վճարումներ	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Ապահովագրական կամ Ամենամյա Վճարումներ	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Շահաբաժիններ / Տոկոսաբաժիններ	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Վարձակալության Եկամուտ	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Բիզնեսից զուտ եկամուտ (ինքնազբաղ/ հաստատված Անկախ աղբյուրի կողմից)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Այլ (գործադուլային նպաստներ, վերապատրաստման կրթաթոշակներ, զինվորական ընտանիքի հատկացումներ, եկամուտներ գույքերից և թրաստներից)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. Ընդամենը՝	\$ 0.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ԲԱԺԻՆ IV – Վկայագրում դիմողի կողմից

Ես հասկանում եմ, որ իմ ներկայացրած տեղեկությունները կենթարկվեն ստուգման համապատասխան առողջապահական խնամքի հաստատության և դաշնային կամ նահանգային կառավարությունների կողմից: Այս փաստերի միտումնավոր խեղաթյուրումը ինձ պատասխանատու է դարձնում հիվանդանոցային բոլոր ծախսերի համար և ենթարկա է քաղաքացիական տույժի:

Եթե դա պահանջվի առողջապահական խնամքի հաստատության կողմից, ես կդիմեմ պետական կամ մասնավոր բժշկական աջակցության համար՝ հիվանդանոցային հաշվի վճարման նպատակով:



Ես վկայում եմ, որ իմ ընտանիքի չափի, եկամտի մասին վերոհիշյալ տեղեկությունները ճիշտ և ճշգրիտ են:

Ես հասկանում եմ, որ իմ պարտականությունն է տեղեկացնել հիվանդանոցին իմ եկամուտների կամ ակտիվների վերաբերյալ կարգավիճակի որևէ փոփոխության մասին:

19. Հիվանդի կամ Երաշխավորի Ստորագրությունը

20. Ամսաթիվ



Հիվանդի Առաջնային Հաստատում

Հիվանդի Անունը՝ _____

Հաշվի Համարը՝ _____

Ծառայության Անսաթիվը՝ _____

Հասցե՝ _____

Խնդրում ենք գրել Սկզբնատառերը

_____ Ես և/կամ իմ ամուսինը/կինը վկայագրում եմ, որ որևէ եկամուտ չունեմ ___ / ___ / ___ մինչև
և չեմ ունեցել եկամուտ՝ սկսած ___ / ___ / ___

_____ Ես և/կամ իմ ամուսինը/կինը վկայագրում եմ, որ ոչևէ եկամուտ չունեմ, ինչպես նշված է
բարեգործական խնամքի դիմումի մեջ:

_____ Ես և/կամ իմ ամուսինը/կինը վկայագրում եմ, որ անօթևան եմ և անօթևան եմ եղել՝ սկսած
___ / ___ / ___

_____ Ես և/կամ իմ ամուսինը/կինը վկայագրում եմ, որ ես/մենք չունեմ բժշկական
ապահովագրություն, որպեսզի վճարեմ իմ հիվանդանոցային ծառայությունների չվճարված
գումարը:

_____ Ես վկայում եմ, որ իմ անունն է _____ : Ես չեմ կարող տրամադրել

ինքնության ապացույց, քանի որ՝ _____
(Նշեք Պատճառը)

_____ Ես և/կամ իմ ամուսինը/կինը վկայագրում եմ, որ եկամուտ ունեմ/ունենք: Մեր գուտ/կանխիկ
եկամուտը կազմում է \$ _____ և մենք վճարվում ենք _____ կտրվածքով:
հաճախականություն

_____ Ես և/կամ իմ ամուսինը/կինը վկայագրում եմ, որ, վերոհիշյալ ծառայության օրվա դրությամբ,
ակտիվներ ունեմ հետևյալ գումարի չափով՝ \$ _____:

_____ Ես և/կամ իմ ամուսինը/կինը վկայագրում եմ, որ Նյու Ջերզիի բնակիչ եմ և մտադիր եմ
շարունակել մնալ Նյու Ջերզիի բնակիչ:

Բնակության հասցե՝ _____

_____ Ես վկայում եմ, որ պահանջ չեմ ներկայացրել և մտադիր չեմ պահանջ ներկայացնել որևէ երրորդ
կողմի հանդեպ, որտեղ ես ակնկալում եմ ամբողջությամբ կամ մասնակի վճար ստանալ այն
բժշկական ծառայությունների համար, որոնց վերաբերում է այս դիմումը (ներառյալ, առանց
սահմանափակումների՝ պահանջներ Ձեր անմեղության դեպքում, աշխատողների



Hackensack
Meridian Health
Pascack Valley
Medical Center

փոխհատուցում, տան տերերի, բավարար չապահովագրված կամ չապահովագրված վարարդի ապահովագրության նպաստներ և վնասի դիմաց պահանջներ): Ես հասկանում և համաձայնում եմ, որ, եթե նման որևէ պահանջ ներկայացվի, Hackensack Meridian Health Pascack Valley Medical Center-ը կարող է հրաժարվել իր բարեգործական խնամքից և ինձանից պահանջել բոլոր ծախսերի վճարումը: Ես նաև համաձայն եմ տեղեկացնել Hackensack Meridian Health Pascack Valley Medical Center-ին, երբ պահանջ ներկայացնեմ:

Հիվանդի ստորագրություն

Տպագիր անուն

Ամսաթիվ