



Վճարման հարցում օժանդակության դիմում

Հիվանդի հաշվի համարը				
Հիվանդի ազգանունը	Հիվանդի անունը		Հիվանդի սոցիալական ապահովության համարը	Հիվանդի ծննդյան ամսաթիվը
Երաշխավորի ազգանունը (եթե տարբեր է)	Անունը		Երաշխավորի սոցիալական ապահովության համարը	Ծննդյան ամսաթիվը
Երաշխավորի բնակության հասցեն			() Տան հեռախոսի համարը	
Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը		
\$				
Երաշխավորի գործատիրոջ անունը	Երաշխավորի տարեկան եկամուտը		Երաշխավորի պաշտոնը/բաժանմունքը	
			()	
Երաշխավորի գործատիրոջ հասցեն			Երաշխավորի գործատիրոջ հեռախոսի համարը	
Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը		
\$				
Կնոջ/ամուսնու գործատիրոջ անունը	Կնոջ/ամուսնու տարեկան եկամուտը		Կնոջ/ամուսնու պաշտոնը/բաժանմունքը	
			()	
Կնոջ/ամուսնու գործատիրոջ հասցեն			Կնոջ/ամուսնու գործատիրոջ հեռախոսի համարը	
Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը		

Ընտանիքի անդամները

Անունը	Հարաբերությունը հիվանդի հետ	Ծննդյան ամսաթիվը	Գործատերը	Գործատիրոջ հեռախոսի համարը
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				
6)				
7)				
8)				

CHW-ի՝ վճարման հարցում օժանդակության դիմում (շարունակություն)

Խնդրում ենք հնարավորին չափ լիարժեք լրացրեք ստորև բերված աղյուսակը:

Եկամտի վերլուծությունը	
<i>CHW-ի «վճարման հարցում օժանդակության» ծրագրի պահանջներին Ձեր համապատասխանությունը որոշելու համար՝ խնդրում ենք մեզ տեղեկություններ տրամադրել մինչև հարկերը Ձեր ընտանիքի եկամտի մասին:</i>	
Եկամուտը աշխատանքից	\$
Կնոջ/ամուսնու եկամուտը աշխատանքից	\$
Եկամուտը գործարարությունից	\$
Եկամուտը վարձավճարներից	\$
Եկամուտը տոկոսից/շահութաբաժնից	\$
Եկամուտը սոցիալական ապահովությունից	\$
Այլուստադրամ կամ օժանդակություն	\$
Այլ եկամուտ	\$
Ընդհանուր եկամուտ	\$

Հաշվի առնվող դրամական ունեցվածքի վերլուծությունը	
<i>Խնդրում ենք չնշել հարկերից ազատված/տարեկետված հաշիվների, օրինակ՝ 401K խնայողական հաշիվների, 403B խնայողական հաշիվների և IRA խնայողական հաշիվների վրա ունեցած գումարները:</i>	
Ընթացիկ հաշիվ(ներ)	\$
Խնայողական հաշիվ(ներ)	\$
Բաժնետոմսեր, պարտատոմսեր և ավանդի վկայագրեր	\$
Այլ՝	\$
Այլ՝	\$
Այլ՝	\$
Այլ՝	\$
Այլ՝	\$
Ընդհանուր հաշվի առնվող դրամական ունեցվածք	\$

Պարզելու համար, թե ով իսկապես նյութական օժանդակության կարիք ունի, մենք պետք է պահանջենք նյութական դժվարությունների մասին վկայող տեղեկություններ տրամադրել մեզ: Խնդրում ենք լրացնել կից դիմումի ձևը և վերադարձնել ստորև նշված բոլոր փաստաթղթերի հետ միասին: **Եթե Դուք չեք կարող տրամադրել այդ փաստաթղթերից որևէ մեկը կամ լրացուցիչ փաստեր կան, որոնք կարող են ազդել գնահատման վրա, խնդրում ենք Ձեր իրավիճակի գրավոր բացատրություն ներկայացնել:**

- Անձի հաստատում՝** ստորև նշվածներից մեկը.
 - սոցիալական ապահովության քարտի պատճենը
 - նահանգի կողմից տրված վարորդական իրավունքի վկայականի պատճենը
 - լուսանկարով պարունակող այլ ID
- Դրամական ունեցվածքի ապացույց՝** բոլոր ստորև նշվածները (եթե կիրառելի է).
 - ընթացիկ և խնայողական հաշիվների վերջին երեք ամսվա քաղվածքները
 - փաստաթղթեր բաժնետոմսերի, պարտատոմսերի և/կամ ավանդի վկայագրերի վերաբերյալ
- Ներկա հասցեի ապացույց՝** ստորև նշվածներից մեկը.
 - վարձավճարի ստացականը
 - կոմունալ վճարի հաշիվը
- Նահանգի «Medicaid»-ի/«Medi-Cal»-ի/AHCCCS-ի որոշման/մերժման մամակի պատճենը (եթե կիրառելի է)**
- Եկամտի ապացույց՝**
 - **Եթե աշխատում եք,** կցեք անցյալ տարվա հարկագրի պատճենը և W-2-ձևը (Ձեր գործատուի կողմից տրված՝ աշխատավարձի մասին վկայող փաստաթուղթը) և վերջին երեք ամիսների վճարագրերի կտրոնները:
 - **Եթե պետական օժանդակություն եք ստանում,** կցեք վերջին երեք ամիսներից յուրաքանչյուրի պետական օժանդակության վճարագրերի պատճենները կամ օժանդակության տրամադրման մամակի (այսինքն՝ անաշխատունակության, գործազրկության նպաստների կտրոնները կամ սոցիալական ապահովության նպաստները) պատճենները:
 - **Եթե աշխատավարձը կանխիկ եք ստանում,** կցեք Ձեր գործատուից գրավոր հայտարարությունը, որում նշված պետք է լինի վերջին երեք ամսում Ձեր ամսական եկամտի չափը:
 - **Եթե ինքնազբաղ եք,** կցեք անցյալ տարվա հարկագրի C Յուցակը և եռամսյա հաշվապահական հաշվետվություն, որում պետք է նշված լինի անցյալ երեք ամսվա համախառն եկամուտը:
 - **Եթե մշտական եկամուտ չունեք,** առանձին թղթի վրա մի համառոտ պարբերությամբ նկարագրեք Ձեր նյութական վիճակը վերջին երեք ամսվա ընթացքում: Բացատրեք, թե ինչպես և ինչ աղբյուրից եք միջոցներ հայթայթում Ձեր կենսական կարիքները հոգալու, օրինակ սնունդ գնելու և բնակվարձը վճարելու համար:
 - **Եթե կախված եք մեկ այլ անձի ֆինանսական օգնությունից,** «ֆինանսական օգնության մամակ» կցեք:

Ստորագրելով ստորև՝ Դուք համաձայնում եք, որ Ձեր գործը նախի վճարման հարցում օժանդակություն ստանալու կապակցությամբ: Բացի այդ, Դուք հաստատում եք, որ այս դիմումի մեջ տրամադրված բոլոր տեղեկությունները ճշմարիտ են և ամբողջական՝ այնքանով, որքանով որ դա Ձեզ հայտնի է: Եթե պարզվի, որ Ձեր տրամադրած տեղեկություններն ամբողջական կամ ճշմարիտ չեն, ապա կարող են Ձեզ ներկայացված հաշվի վրա նշված բոլոր գեղչերը չեղարկվել և Ձեզանից ամբողջական վճարում պահանջվել: Ստորագրելով ստորև՝ Դուք լիազորում եք «Catholic Healthcare West»-ին ստուգել Ձեր տեղեկությունները և վարկային պատմությունը, որպեսզի վերջինս կարողանա գնահատել այս դիմումը՝ ֆինանսական օժանդակություն տրամադրելու նպատակով:

Եթե Դուք վճարում եք ստանում որևէ ապահովագրական ընկերությունից, աշխատողների փոխհատուցման ծրագրից կամ որևէ այլ երրորդ կողմից, Դուք համաձայնում եք հիվանդանոցի տեղյակ պահել բոլոր այդ վճարումների մասին: Եթե որևէ երրորդ կողմ վճարում տրամադրի Ձեզ՝ հիվանդանոցի ծառայությունների համար, ապա հիվանդանոցն իրեն իրավունք է վերապահում Ձեզանից գանձել իր ծառայությունների չգեղչված, ամբողջական գումարը: