

Ֆինանսական օգնության դիմումի ձևաթուղթ

ԱՌԱՋԻՆ ԲԱԺԻՆ. ԲՈՒԺԱՌՈՒԻ ՏՎՑԱԼՆԵՐԸ

Նշեք ձեր անուն, ազգանունը, բժշկական ծառայություններ ստանալու պահին արդիական հասցեն և այլ տեղեկություններ, որոնք նշված են այս բաժնում:

Հաշվի համարը _____ Ծառայությունների ստացման ամսաթիվ(եր)ը _____

Բուժառուի անուն, ազգանունը _____
 ԱԶԳԱՆՈՒՆ ԱՆՈՒՆ ՄԻՋԻՆ ԱՆՈՒՆ ԱՆՎԱՆԱՍԱՌ

Հասցե՝ _____ Քաղաք՝ _____ Երկիր՝ _____
 ՓՈՂՈՑԻ ԵՎ ՏԱՆ ՀԱՄԱՐԸ _____

Բնակության երկիրը՝ _____ Փոստային դասիչ՝ _____ Ծննդյան ամսաթիվ՝ ____/____/____

Ընտանեկան կարգավիճակ Ամուսին Ամուսնացած Ամուսնալուծված

Հիմնական հեռախոսահամար՝ (_____) _____ Տուն Բջջային Աշխատանք Այլ՝ _____

Էլ. փոստի հասցե՝ _____

Բժշկական ապահովագրություն ծառայության մատուցման պահին. Առանց ապահովագրություն Medicare Medicaid Այլ _____

ԵՐԿՐՈՐԴ ԲԱԺԻՆ. ԸՆՏԱՆԻՔԻ ԵՎԱՍՏՈՒՏԸ ԵՎ ԳՈՒԹՔԸ

Եկամուտ տրամադրեք ձեր, ձեր ամուսնու և ընտանիքի բոլոր մյուս անդամների համար (եթե կիրառելի է):

| Եկամտի աղբյուր | Ընդամենը 3 ամիս ծառայության մեկնարկից առաջ | Ընդամենը 12 ամիս ծառայության մեկնարկից առաջ |
|--|--|---|
| Աշխատավարձ/Բնքնագրավածություն | \$ | \$ |
| Սոցիալական պաշտպանություն | \$ | \$ |
| Կենսաթոշակ, շահաբաժիններ, տոկոսներ, վարձակալության եկամուտ | \$ | \$ |
| Գործազրկություն, աշխատողների փոխհատուցում | \$ | \$ |
| Երեխայի նպաստ (միայն այն դեպքում, եթե բուժառու և ապավազրված շահառու է) | \$ | \$ |
| Այլ | \$ | \$ |

Ընդհանուր գուտ ակտիվները (Ակտիվներ - Պարտք) դիմումի ամսաթվի դրությամբ. \$ _____

ԵՐԿՐՈՐԴ ԲԱԺԻՆ. ՏԵՐԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ ԸՆՏԱՆԻՔԻ ԵՎ ԵՎԱՍՏԻ ՄԱՍԻՆ

Նշեք ձեր ընտանիքի բոլոր անդամներին և նրանց ծննդյան ամսաթվերը:

Խնդրում ենք տրամադրել հետևյալ տեղեկատվությունը ձեր տանը ապրող ընտանիքի բոլոր անդամների համար: HCAP-ի նպատակների համար ընտանիքը սահմանվում է որպես բուժառու, բուժառուի ամուսին և բուժառուի մինչև 18 տարեկան բոլոր երեխաները (հարազատ կամ խնամատար), ովքեր բնակվում են բուժառուի տանը: Եթե բուժառուն 18 տարեկանից փոքր է, ընտանիքը պետք է ներառի բուժառուին, բուժառուի հարազատ կամ որդեգրած ծնողների և 18 տարեկանից ցածր ծնողների (բնական կամ որդեգրած) երեխաների երեխաները, ովքեր ապրում են բուժառուի տանը:

Ընտանիքի անդամների անունները, ներառյալ բուժառուն _____ Ծննդյան ամսաթիվ _____ Բուժառուի հետ բարեկամական կապը _____

1. Բուժառու՝ _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Մտորել իմ ստորագրությամբ հաստատում եմ, որ այն ամենը, ինչ ես նշել եմ այս դիմումի մեջ և բոլոր հավելվածներում, համապատասխանում է իրականությանը:

Պատասխանատու կողմի ստորագրությունը՝ x _____ Ամսաթիվ՝ _____

Մտորել իմ ստորագրությամբ հաստատում եմ, որ վերանայել և հավանություն եմ տալիս սույն դիմումին:

Հիվանդանոցի գործադիր տնօրենի ստորագրությունը՝ x _____ Ամսաթիվ՝ _____

Լրացված դիմումը ուղարկեք հետևյալ հասցեով՝ **California Rehabilitation Hospital**