

Attachment B**Բ Կցորդ****FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION
ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԴԻՄՈՒՄ****FINANCIAL ASSISTANCE
ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ**

Խնդրում ենք լրացված դիմումն ու աջակից ֆինանսական փաստաթղթերը վերադարձնել հետևյալին՝

Cedars-Sinai Medical Center
Financial Assistance Processing Unit
1801 W. Olympic Blvd.
Pasadena, CA 91199-1688

Աշխատանքային ժամեր՝ 08:00-ից 17:00-ը, աշխատանքային օրերին
Հեռախոսի համար՝ 323-866-8600 լրացուցիչ՝ 1688
24-ժամյա մատչելիություն ֆաքսով՝ 323-866-3077
Էլ. փոստ՝ Patient.Billing@cshs.org

Ֆինանսական օգնության համար պահանջվող աջակից ֆինանսական փաստաթղթեր

Խնդրում ենք տրամադրել ստորև պահանջվող ֆինանսական փաստաթղթերը: Եթե որևէ փաստաթուղթ բացակայում է կամ չի կցվել, ձեր դիմումը կուշանա կամ կմերժվի: Եթե ի վիճակի չեք տրամադրելու որոշակի փաստաթղթեր, խնդրում ենք բացատրական նամակ տրամադրել:

Գլխավոր փաստաթղթեր՝

- Եկամտի և ոչ-աշխատավարձային եկամտի ապացույց (ինչպես նկարագրված է վերը)
 - Նախորդ երկու ամիսների Գործատուի Վճարագրերը կամ Կտրոնները
 - Նախորդ երկու ամիսների Գործազրկության, Սոցիալական ապահովության կամ Հաշմանդամության ստուգման հաշվետվությունները, և այլն
- Դաշնային հարկագիր
 - Եթե Դաշնային հարկագիր չեք ներկայացրել, ներառեք ձեր ամենավերջին W2 կամ 1099 ձևը
 - Եթե չեք կարող տրամադրել ձեր հարկագրի մասին տեղեկություն՝ հարկի ներկայացման ուշացման, ժամանակավոր հաշմանդամության կամ գործազրկության պատճառով, խնդրում ենք տրամադրել ձեր հարկագիր չներկայացնողի ձևը: Պատճենը կարող եք ստանալ զանգահարելով 1-800-908-9946 համարով կամ այցելելով www.irs.gov/individuals/get-transcript կայքը (օգտագործեք 4506-T կամ 4506T-EZ ձևը)
- Նախորդ երկու ամիսների Դրամատնային հաշվետվությունները բոլոր Վճարագրային, Խնայողական և Վարկային միության հաշիվների համար (խնդրում ենք ներառել բոլոր էջերը)
- Վարձավճարի կամ հիփոթեքի հաստատում

Լրացուցիչ/այլ փաստաթղթեր՝

- Ոչ-աշխատավարձային եկամտի ապացույց՝
 - Ապրուստավճարային (ալիմենտային) եկամտի հաշվետվություն
 - Գործարարական (բիզնեսի) եկամտի հաշվետվություն
 - Երեխայի աջակցության եկամտի հաշվետվություն
- Եթե Ամուսնացած եք կամ ունեք Քաղաքացիական միություն՝ Տրամադրեք հետևյալ կիրառելի փաստաթղթերը ձեր կողակցի/զուգընկերոջ վերաբերյալ
 - Եկամտի և ոչ-աշխատավարձային եկամտի ապացույց (ինչպես նկարագրված է վերը)
 - Դաշնային հարկագիր
 - Եթե Դաշնային հարկագիր չեք ներկայացրել, ներառեք ձեր ամենավերջին W2 կամ 1099 ձևը

- Եթե չեք կարող տրամադրել ձեր հարկագրի մասին տեղեկություն՝ հարկի ներկայացման ուշացման, ժամանակավոր հաշմանդամության կամ գործազրկության պատճառով, խնդրում ենք տրամադրել ձեր հարկագիր չներկայացնողի ձեր: Պատճենը կարող եք ստանալ զանգահարելով 1-800-908-9946 համարով կամ այցելելով www.irs.gov/individuals/get-transcript կայքը (օգտագործեք 4506-T կամ 4506T-EZ ձևը)

- Նախորդ երկու ամիսների ձեր ամենավերջին հաշվետվությունը բոլոր վճարագրային, խնայողական և վարկային միության հաշիվների համար

Լրացված Դիմում՝

- Լրացված դիմում՝ ամսաթվով և ստորագրությամբ

Attachment B (Continued)

Բ Կցորդ (շարունակված)

ՀԻՎԱՆԴԻ ՏՎՅԱԼՆԵՐԸ			
Հիվանդի անունը	Սոցիալական ապահովության համարը	Ծննդյան ամսաթիվը	
Տան հասցեն	Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը
Տան հեռախոսահամարը	Բջջայինի համարը	Էլեկտրոնային փոստի հասցեն	
Շփման նախընտրելի եղանակը <input type="checkbox"/> ԱՄՆ փոստ <input type="checkbox"/> Էլ. փոստ <input type="checkbox"/> Տան հեռախոս <input type="checkbox"/> Բջջային հեռախոս		Ընտանիքի տարեկան եկամուտը՝ \$	
Ամուսնական կարգավիճակը՝ <input type="checkbox"/> Ամուսնացած <input type="checkbox"/> Չամուսնացած <input type="checkbox"/> Բաժանված <input type="checkbox"/> Ամուսնալուծված <input type="checkbox"/> Այրիացած		Ձեր ընտանիքում անհատների քանակը (ինչպես նշվում է ձեր հարկերում)՝	
Աշխատանքային կարգավիճակը <input type="checkbox"/> Զբաղված <input type="checkbox"/> Ինքնազբաղված <input type="checkbox"/> Պաշտոնաթող <input type="checkbox"/> Հաշմանդամ <input type="checkbox"/> Գործազուրկ - Վերջին աշխատած օրը՝			
Գործատուի անունը		Հեռախոսի համարը	
Գործատուի հասցեն		Քաղաքը	Նահանգը Փոստային ինդեքսը

ԿՈՂԱԿՑԻ/ՏՆԱՅԻՆ ՋՈՒԳԸՆԿԵՐՈՋ/ԾՆՈՂԻ/ԵՐԱՇԽԱՎՈՐԻ ՄԱՍԻՆ ՏՎՅԱԼՆԵՐ			
Հարաբերությունը <input type="checkbox"/> Կողակից <input type="checkbox"/> Տնային զուգընկեր <input type="checkbox"/> Ծնող <input type="checkbox"/> Երաշխավոր <input type="checkbox"/> Այլ՝			
Անունը	Սոցիալական ապահովության համարը	Ծննդյան ամսաթիվը	
Աշխատանքային կարգավիճակը <input type="checkbox"/> Զբաղված <input type="checkbox"/> Ինքնազբաղված <input type="checkbox"/> Պաշտոնաթող <input type="checkbox"/> Հաշմանդամ <input type="checkbox"/> Գործազուրկ - Վերջին աշխատած օրը՝			
Գործատուի անունը		Հեռախոսի համարը	
Գործատուի հասցեն		Քաղաքը	Նահանգը Փոստային ինդեքսը

Առողջական ապահովագրության անունը (գործատուի կողմից տրամադրված, ներառյալ՝ COBRA-ն)
 Առողջական ապահովագրություն չի տրամադրվում

ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ԾԱԾԿՈՒՅԹ

1. Իրավասո՞ւ եք որևէ առողջական ապահովագրության ծածկույթի:
- | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Առողջական ապահովագրություն | <input type="checkbox"/> Այո | <input type="checkbox"/> Ոչ |
| <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> Այո | <input type="checkbox"/> Ոչ |
| <input type="checkbox"/> Medi-Cal | <input type="checkbox"/> Այո | <input type="checkbox"/> Ոչ |
| <input type="checkbox"/> Վետերանների վարչություն | <input type="checkbox"/> Այո | <input type="checkbox"/> Ոչ |
| <input type="checkbox"/> Օտարերկրյա ապահովագիր | <input type="checkbox"/> Այո | <input type="checkbox"/> Ոչ |

Եթե այո, խնդրում ենք տալ հետևյալ տեղեկությունները:

Ապահովագրի տերը	Ապահովագրողը	Ապահովագրի համարը	
Ապահովագրի տերը	Ապահովագրողը	Ապահովագրի համարը	

Attachment B (Continued)

Բ Կցորդ (շարունակված)

FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԴԻՄՈՒՄ			
Ապրուստի կենսական ծախսեր	Հիվանդ	Կողակից	Հանրագումար
Ապրուստավճար (ալիմենտ), Աջակից վճարումներ	\$	\$	\$
Ավտովարկի/Վարձակալության վճարում	\$	\$	\$
Կրթություն	\$	\$	\$
Դպրոց/Երեխայի խնամք (Դեռահաս խնամարկյալներ)	\$	\$	\$
Մնունդ	\$	\$	\$
Ապահովագրություն	\$	\$	\$
Այլ ծախսեր	\$	\$	\$
Ընդհանուր ամսական ծախսեր	\$	\$	\$
Ընթացիկ բժշկական պարտքը	Հիվանդ	Կողակից	Հանրագումար
Զմարված բժշկական պարտք (Cedars-Sinai)	\$	\$	\$
Այլ բժշկական պարտք	\$	\$	\$
Ունեցվածքներ (Բացառել կենսաթոշակի հաշիվները)	Հիվանդ	Կողակից	Հանրագումար
Վճարագրային/Խնայողական/Վարկային միության հաշիվներ	\$	\$	\$
Բաժնետոմսեր և պարտատոմսեր	\$	\$	\$
Փողի շուկայի/Միջնորդավճարային հաշիվներ	\$	\$	\$
Ավանդների վկայագրեր	\$	\$	\$
Ընդհանուր ունեցվածք	\$	\$	\$

Ես վկայում եմ, որ այս դիմումի տեղեկությունները ճշմարիտ են և ճիշտ իմ իմացության չափով: Ես համաձայն եմ դիմել որևէ տեղական, նահանգային և դաշնային օգնության, որի համար կարող եմ իրավասու լինել, որպեսզի օգնեմ թեթևացնել որևէ հիվանդանոցային և մասնագիտական հաշվազրի ծախսը: Ես հասկանում եմ, որ տրամադրվող տեղեկությունները կարող են ստուգվել Cedars-Sinai Medical Center-ի և/կամ Marina Del Rey Hospital-ի կողմից, և ես CSMC/MDRH-ին լիազորում եմ կապ հաստատել երրորդ անձանց հետ՝ ստուգելու համար այս դիմումի մեջ տրամադրված տեղեկությունների ճշգրտությունը: Ես հասկանում եմ, որ եթե գիտակցաբար սխալ տեղեկություն եմ տրամադրել կամ եթե դիմումը պարունակում է էական սխալ կամ բացթողում, այլևս իրավասու չեմ լինի ֆինանսական օգնության համար: Եթե նախկինում ինձ շնորհվել էր ֆինանսական օգնություն, հնարավոր է, որ այդ ժամանակ այն շրջվի, և ես պատասխանատու կլինեմ չվճարված հաշվեկշռի համար:

Ֆինանսական օգնության համար դիմող անձի ստորագրությունը _____ Ամսաթիվը _____
 Կողակցի/Տնային գույրընկերոջ/Երաշխավորի ստորագրությունը (եթե կիրառելի է) _____ Ամսաթիվը _____