

ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԴԻՄՈՒՄԻ ՀՐԱՀԱՆԳՆԵՐ

Խնդրում ենք լրացված դիմումն ու աջակից փաստաթղթերը վերադարձնել հետևյալին՝

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

Աշխատանքային ժամեր՝ 08:00-ից 16:30-ը
Աշխատանքային օրեր՝ Երկուշաբթիից ուրբաթ
Հեռախոսի համար՝ 323-866-8600
Էլ. փոստ՝ Patient.Billing@cshs.org

Ֆինանսական օգնության դիմում
Լեռառայ գանկր անհրաժեշտ օժանդակ փաստաթղթերի

Սա Կազմակերպության դիմումն է ֆինանսական օգնության համար: Եթե ունեք հարցեր, շփման վերաբերյալ տվյալները վերևում են:

Մենք ունենք երկու ճանապարհ ֆինանսական օգնության համար: Մեկը առավելագույն ֆինանսական օգնության («Համապարփակ ֆինանսական օգնություն») համար դիմելու սովորական ճանապարհն է, որին կարող եք իրավասու լինել մեր ֆինանսական օգնության քաղաքականության («Քաղաքականություն») համաձայն: Երկրորդ ճանապարհն ունի դիմումի կրճատված պահանջներ հիվանդների համար, ովքեր ձգտում են սահմանափակ նյութական օգնության («Սահմանափակ նյութական օգնություն»):

Որպեսզի նկատի առնվեք ֆինանսական օգնության այս ծրագրերի համար, խնդրում ենք լրացնել այս դիմումը, որպեսզի Կազմակերպության օգնեք որոշել, թե արդյո՞ք կարող եք որակավորվել զեղչ ստանալու համար: Մենք չենք կարող երաշխավորել, որ կորակավորվեք, նույնիսկ եթե դիմեք: Ձեր ամբողջացած դիմումն ու փաստաթղթերը ստանալուց հետո գրավոր պատասխան կտրվի բոլոր հիվանդներին՝ հիմնավորելով վավերացումը/մերժումը:

Այս Քաղաքականությունը ծածկում է բժշկականորեն անհրաժեշտ խնամքը, որը մատուցում են Cedars-Sinai Medical Center-ը, Cedars-Sinai Marina del Rey Hospital-ը, Cedars-Sinai ֆակուլտետի բժիշկները՝ որպես ֆակուլտետ, Cedars-Sinai Medical Care Foundation-ի մոտ բացառիկ մասնագիտական ծառայությունների համաձայնությամբ գործող բժիշկները կամ խմբերը, Community Urgent Care Medical Group, Inc.-ի՝ Cedars-Sinai-ի շտապ օգնության բժիշկները, Huntington Hospital-ը և Huntington Health Physicians-ը («Կազմակերպություն»): Վերևը նշված տարածքներից դուրս բոլոր Ընտրովի/Գեղարարական ծառայություններն ու այլ ծառայության մատակարարներ չեն կարող ծածկվել այս ծրագրի ներքո:

Լրացված դիմումը կարող եք ներկայացնել փոստով կամ էլեկտրոնային փոստով: Տրամադրեք ստորև պահանջվող բոլոր փաստաթղթերը: Բացակա կամ չլցված փաստաթղթերը կարող են հանգեցնել ֆինանսական օգնության ուշացման կամ մերժման: Եթե ի վիճակի չեք տրամադրելու որոշակի փաստաթղթեր, խնդրում ենք բացատրական նամակ տրամադրել:

ԲՈՒՈՐ ՊԱՀԱՆՋՎԱԾ ՓԱՍՏԱԹՂԹԵՐԸ ՉՏՐԱՄԱԴՐԵԼԸ ԿԱՐՈՂ Է ՄԵՐԺՄԱՆ ՀԱՆԳԵՑՆԵԼ:

ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ՆԿԱՏԻ ՈՒՆԵՆԱԼ՝ ԵԹԵ ՉԱՊԱՀՈՎԱԳՐՎԱԾ ԱՆՁ ԵՔ ԵՎ ԼՐԱՑՆՈՒՄ ԵՔ ՈՐՈՇԱԿԻ MEDI-CAL-Ի ԵՆԹԱԴՐԱԿԱՆ ԻՐԱՎԱՍՈՒԹՅԱՆ ՉԱՓԱՆԻՇՆԵՐ, ՊԱՐՏԱՎՈՐ ՉԵՔ ԼՐԱՑՆԵԼ ԱՅՍ ԴԻՄՈՒՄԸ:

Եկամուտի ապացուցման փաստաթղթեր դիմումի համար Տրամադրելի փաստաթղթեր՝	Համապարփակ ֆինանսական օգնություն	Սահմանափակ ֆինանսական օգնություն
Աշխատավարձի կտրոններ (նախորդ 2 ամիսների)	Պարտադիր	Պարտադիր
<p>Դաշնային հարկի հայտարարագիր (նախորդ տարվա):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Եթե դաշնային հարկի հայտարարագիր չի ներկայացվել, տրամադրեք ամենավերջին W2 կամ 1099 ձևերը: • Եթե դաշնային հարկի հայտարարագրի ներկայացումը ուշացել էր ժամանակավոր հաշմանդամության կամ գործազրկության պատճառով, տրամադրեք հարկ չներկայացնողի ձևը: Պատճենները ստացեք զանգահարելով 1-800-908-9946 համարով կամ այցելելով www.irs.gov/individuals/get-transcript կայքը (օգտագործեք 4506-T կամ 4506T-EZ ձևը): 	Պարտադիր	Պարտադիր
Գործազրկության, սոցիալական ապահովության կամ հաշմանդամության հաստատման հայտարարություններ (նախորդ երկու ամիսների)	Պարտադիր	Անպարտադիր
Դրամատնային հաշվետվությունները բոլոր Վճարագրային, Խնայողական և Վարկային միության հաշիվների համար (նախորդ երկու ամիսների և բոլոր էջերը ներառյալ):	Պարտադիր	Անպարտադիր
Վարձավճարի կամ հիփոթեքի հաստատում:	Պարտադիր	Անպարտադիր
Medi-Cal-ի դիմումի պատասխան նամակ (վավերացում կամ մերժում), եթե կիրառելի է:	Պարտադիր	Անպարտադիր

Կողակցի/Զուգընկերոջ փաստաթղթեր՝

- Եթե ամուսնացած եք, ունեք քաղաքացիական միություն, կամ տնային զուգընկերություն, տրամադրեք կիրառելի «Եկամուտի ապացույցի» փաստաթղթեր ձեր կողակցի/զուգընկերոջ վերաբերյալ: Տեսնել վերևում նշված փաստաթղթերի ցանկը, ներառյալ վճարման չեկերը, ստուգման հաշվետվությունները, դաշնային հարկի հայտարարագրերը, W2 կամ 1099 ձևերը, ներկայացման ուշացման ձևերը, դրամատնային հաշվետվությունները և ապրուստավճարը (ալիմենտ)/երեխաների աջակցությունը:

Լրացված Դիմում՝

- Լրացված դիմումը պետք է ներառի թվական և դիմորդի ստորագրությունը:

Ընտրություն սահմանափակ կամ համապարփակ ֆինանսական օգնության համար
 Սահմանափակ ֆինանսական օգնության համար դիմորդները կարող են ֆինանսական օգնություն ստանալու իրավունք ստանալ միայն այն գումարի կեսի չափով, որը կտրամադրվի նույն ծառայության(ների) համար՝ ամբողջական ֆինանսական օգնության դիմումի համաձայն:

ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԴԻՄՈՒՄ

Խնդրում ենք նշել տեսակը ֆինանսական օգնության, որի համար դիմելու շահագրգռություն ունեք՝

- Սահմանափակ ֆինանսական օգնություն (սահմանաչափով, 0%-ից մինչև 50%)
- Ամբողջական ֆինանսական օգնություն (առանց սահմանաչափի, 0%-ից մինչև 100%)

Խնդրում ենք նշել, եթե հետևյալ ծրագրերից կամ փորձառություններից մեկը վերաբերում է դիմորդին՝

- Կանանց, նորածինների և երեխաների սնուցման ծրագիր (Women, Infants and Children Nutrition Program, WIC)
- Մտավոր անընդունակություն, որտեղ ոչ ոք չի կարող գործել հիվանդի անունից
- Լրացուցիչ սնուցման օգնության ծրագիր (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)
- Medi-Cal-ի իրավասու, բայց ո՛չ ծառայության ամսաթվին
- Անօթևան
- Մահացած՝ առանց գույքի

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 <input type="checkbox"/> Տնային զուգընկեր			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 ԶՈՒԳԸՆԿԵՐՈՋ/ԾՆՈՂԻ/ ԵՐԱՇԽԱՎՈՐԻ ՄԱՍԻՆ ՏՎՅԱԼՆԵՐ

Հարաբերությունը հիվանդի հետ <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"/> Ինքնագբաղված <input type="checkbox"/> Պաշտոնաթող <input type="checkbox"/> Հաշմանդամ <input type="checkbox"/> Գործազուրկ - Վերջին աշխատած օրը՝ ____			
Գործատուի անունը		Հեռախոսի համարը	
Գործատուի հասցեն		Քաղաքը	Նահանգը
ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ԾԱԾԿՈՒՅԹ			
Իրավասու՞ւ եք որևէ առողջական ապահովագրության ծածկույթի: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ Եթե այո, խնդրում ենք տրամադրել հետևյալը՝			
Ապահովագրի տերը		Ապահովագրողը	Ապահովագրի համարը
Ապահովագրի տերը		Ապահովագրողը	Ապահովագրի համարը
ԾԱԽՍԵՐԻ ԵՎ ՈՒՆԵՑՎԱԾՔԻ ՄԱՍԻՆ ՏՎՅԱԼՆԵՐ			
Ընթացիկ ամսական եկամուտը	Հիվանդ/ Երաշխավոր	Կողակից/ Զուգընկեր	Հանրագումար
Համախառն վճարում	\$	\$	\$
Ինքնագբաղվածության գուտ եկամուտ	\$	\$	\$
Տոկոս կամ շահութաբաժին	\$	\$	\$
Անշարժ գույք կամ վարձակալված գույք	\$	\$	\$
Սոցիալական ապահովություն/Կենսաթոշակ/Հաշմանդամություն	\$	\$	\$
Ապրուստավճար (ալիմենտ), Աջակից վճարումներ	\$	\$	\$
Այլ	\$	\$	\$
Ընդհանուր ամսական եկամուտը	\$	\$	\$
Ապրուստի կենսական ծախսեր	Հիվանդ/ Երաշխավոր	Կողակից/ Զուգընկեր	Հանրագումար
Վարձավճար կամ հիփոթեք	\$	\$	\$
Անշարժ գույքի հարկեր	\$	\$	\$
Կենցաղսպասարկում և հեռախոս	\$	\$	\$
Ապրուստավճար (ալիմենտ), Աջակից վճարումներ	\$	\$	\$
Ավտովարկի/Վարձակալության վճարում	\$	\$	\$
Կրթություն	\$	\$	\$
Դպրոց/Երեխայի խնամք (Դեռահաս խնամարկյալներ)	\$	\$	\$
Սնունդ	\$	\$	\$
Ապահովագրություն	\$	\$	\$

Այլ ծախսեր	\$	\$	\$
Ընդհանուր ամսական ծախսեր	\$	\$	\$
Ընթացիկ բժշկական պարտքը	Հիվանդ/ Երաշխավոր	Կողակից/ Զուգընկեր	Հանրագումար
Չվճարված բժշկական պարտքը (Cedars-Sinai)	\$	\$	\$
Այլ բժշկական պարտք	\$	\$	\$
Ունեցվածքներ (Բացառել կենսաթոշակի հաշիվները)	Հիվանդ/ Երաշխավոր	Կողակից/ Զուգընկեր	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 հաշվագրի ծախսը: Ես հասկանում եմ, որ տրամադրվող տեղեկությունները կարող են ստուգվել Կազմակերպության կողմից, և ես նրանց 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 զուգընկերոջ/Երաշխավորի ստորագրությունը (եթե կիրառելի է)	Ամսաթիվը