

**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"> <li>• Եթե դաշնային հարկի հայտարարագիր չի ներկայացվել, տրամադրեք ամենավերջին W2 կամ 1099 ձևերը:</li> <li>• 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 <a href="http://www.irs.gov/individuals/get-transcript">www.irs.gov/individuals/get-transcript</a> կայքը (օգտագործեք 4506-T կամ 4506T-EZ ձևը):</li> </ul>	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 զուգրններ	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 զուգրններ <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
<b>ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ԾԱԾԿՈՒՅԹ</b>			
Իրավասո՞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
<b>ԾԱԽՍԵՐԻ ԵՎ ՈՒՆԵՑՎԱԾՔԻ ՄԱՍԻՆ ՏՎՅԱԼՆԵՐ</b>			
<b>Ընթացիկ ամսական եկամուտը</b>	<b>Հիվանդ/ Երաշխավոր</b>	<b>Կողակից/ Զուգընկեր</b>	<b>Հանրագումար</b>
Համախառն վճարում	\$	\$	\$
Ինքնագբաղվածության գույտ եկամուտ	\$	\$	\$
Տոկոս կամ շահութաբաժին	\$	\$	\$
Անշարժ գույք կամ վարձակալված գույք	\$	\$	\$
Սոցիալական ապահովություն/Կենսաթոշակ/Հաշմանդամություն	\$	\$	\$
Ապրուստավճար (ալիմենտ), Աջակից վճարումներ	\$	\$	\$
Այլ	\$	\$	\$
<b>Ընդհանուր ամսական եկամուտը</b>	\$	\$	\$
<b>Ապրուստի կենսական ծախսեր</b>	<b>Հիվանդ/ Երաշխավոր</b>	<b>Կողակից/ Զուգընկեր</b>	<b>Հանրագումար</b>
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	\$	\$	\$
<b>Ընդհանուր ամսական ծախսեր</b>	\$	\$	\$
<b>Ընթացիկ բժշկական պարտքը</b>	<b>Հիվանդ/ Երաշխավոր</b>	<b>Կողակից/ Զուգընկեր</b>	<b>Հանրագումար</b>
Չվճարված բժշկական պարտքը (Cedars-Sinai)	\$	\$	\$
Այլ բժշկական պարտք	\$	\$	\$
<b>Ունեցվածքներ (Բացառել կենսաթոշակի հաշիվները)</b>	<b>Հիվանդ/ Երաշխավոր</b>	<b>Կողակից/ Զուգընկեր</b>	<b>Հանրագումար</b>
Վճարագրային/Խնայողական/ Վարկային միության հաշիվներ	\$	\$	\$
Բաժնետոմսեր և պարտատոմսեր	\$	\$	\$
Փողի շուկայի/ Միջնորդավճարային հաշիվներ	\$	\$	\$
Ավանդների վկայագրեր	\$	\$	\$
<b>Ընդհանուր ունեցվածք</b>	\$	\$	\$

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