

ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԴԻՄՈՒՄ

Բարեգործական խնամք և զեղչված վճարման օգնություն

Ծանուցում և օգնություն

Օգտագործեք այս դիմումը՝ բարեգործական խնամք կամ զեղչված վճարման օգնություն խնդրելու համար: Եթե վստահ չեք, թե որ ծրագրին դիմել, անվճար օգնության համար կապվեք Բիզնես գրասենյակի հետ: Դուք կարող եք դիմել հիվանդանոցային ծառայություններից առաջ, ընթացքում կամ հետո ցանկացած ժամանակ:

Իրավասությունը հիմնվում է ընտանիքի եկամտի և ընտանիքի չափի վրա: Դրամական ակտիվները չեն դիտարկվում: Մի տրամադրեք բանկային հաշվի համարներ, մնացորդներ, ներդրումներ, կենսաթոշակային հաշիվներ, տան արժեք, մեքենայի արժեք կամ այլ ակտիվների տեղեկություններ:

Անվճար լեզվական օգնություն և մատչելի ձևաչափեր, ներառյալ Բրայլ, մեծատառ տպագրություն, աուդիո և մատչելի էլեկտրոնային ձևաչափեր, հասանելի են՝ զանգահարելով (213) 314-1492 կամ այցելելով Բիզնես գրասենյակ:

Պահանջվող ծրագիր

Ընտրեք մեկը՝ / Բարեգործական խնամք Զեղչված վճարման օգնություն Երկուսն էլ վստահ չեմ

Կարևոր. Եթե դիմեք միայն Զեղչված վճարման օգնության համար, կարող եք ստանալ ավելի քիչ ֆինանսական օգնություն, քան կարող էր հասանելի լինել Բարեգործական խնամքի ծրագրով: Եթե վստահ չեք, ընտրեք «Երկուսն էլ / վստահ չեմ» կամ դիմեք Բիզնես գրասենյակին անվճար օգնության համար:

Հիվանդանոցի վայր

Ընտրեք մեկը՝ L.A. Downtown Medical Center West Covina Medical Center

Պացիենտի տեղեկություններ

| | |
|------------------------------|--|
| Ծառայության ամսաթիվը՝ | |
| Պացիենտի անունը՝ | |
| Ծննդյան ամսաթիվը՝ | |
| Փոստային հասցեն՝ | |
| Քաղաք / նահանգ / ZIP՝ | |
| Հեռախոսահամարը՝ | |

Սեռը՝ Արական Իգական Այլ / նախընտրում եմ չպատասխանել
 Էթնիկ պատկանելություն - ընտրովի և չի օգտագործվում իրավասությունը որոշելու համար՝
 Էթնիկություն՝ Սպիտակ Սևամորթ Հիսպանիկ/Լատինո Բնիկ

ամերիկացի/Այլասկայի բնիկ
 Էթնիկություն շարունակություն՝ Ասիացի/Խաղաղօվկիանոսյան կղզիների բնակիչ Այլ
 նախընտրում եմ չպատասխանել

Ծրագիր, ապահովագրություն և ընտանիքի չափ

Հնարավոր երրորդ կողմի վճարման աղբյուր՝ Մասնավոր ապահովագրություն Medi-Cal Medicare Ինքնավճար Այլ Չկա

Հիմնական եկամտի աղբյուր՝ Աշխատանք Ինքնազբաղվածություն Սոցիալական ապահովություն Հաշմանդամության նպաստ Գործազրկություն

Հիմնական եկամտի աղբյուր շարունակություն՝ Կենսաթոշակ/թոշակ Հանրային օգնություն Աջակցություն Այլ Չկա

Դուք պարտավոր չեք դիմել այլ առողջապահական ապահովագրության համար նախքան Հիվանդանոցը կվերանայի այս դիմումը Զեղչված վճարման օգնության համար:

Նշեք պացիենտին և ընտանիքի անդամներին, որոնք ներառվում են ընտանիքի չափում:

| Անուն | Կապը պացիենտի հետ | Տարիք | Սեռ |
|-------|-------------------|-------|-----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Ընտանիքի եկամուտ

Նշեք ընտանիքի եկամուտը որպես ամսական կամ տարեկան եկամուտ: Եթե առկա է, կցեք եկամտի փաստաթղթերը:

| Եկամտի աղբյուր | Ամսական գումար | Տարեկան գումար |
|--|----------------|----------------|
| Աշխատավարձ - պացիենտ | \$ | \$ |
| Աշխատավարձ - ամուսին / տնային գործընկեր | \$ | \$ |
| Աշխատավարձ - ընտանիքի այլ անդամներ | \$ | \$ |
| Ինքնագրավածություն / գյուղատնտեսական եկամուտ | \$ | \$ |
| Հանրային օգնություն / Սոցիալական ապահովություն / հաշմանդամություն | \$ | \$ |
| Գործազրկություն / աշխատողների փոխհատուցում / գործադուլի նպաստ | \$ | \$ |
| Ամուսնական աջակցություն / երեխայի աջակցություն / զինվորական հատկացումներ | \$ | \$ |
| Կենսաթոշակ / թոշակ | \$ | \$ |
| Շահաբաժիններ, տոկոսներ, վարձակալության եկամուտ կամ այլ | \$ | \$ |

Եկամտի փաստաթղթեր

Կարող եք կցել վերջին աշխատավարձի կտրոնները կամ վերջին եկամտահարկի հայտարարագրերը: Եթե դրանք հասանելի չեն, կարող եք տրամադրել ընտանիքի եկամուտը ցույց տվող այլ փաստաթղթեր: Հիվանդանոցը կարող է ընդունել եկամտի այլ փաստաթղթեր, սակայն չի պահանջում որևէ կոնկրետ փոխարինող փաստաթուղթ: Վերջին աշխատավարձի կտրոնները սովորաբար նշանակում են կտրոններ հիվանդանոցի առաջին հաշվի ամսաթվից առաջ կամ հետո ճամսվա ընթացքում կամ նախածառայողական դիմումից հետո ճամսվա ընթացքում: Վերջին հարկային հայտարարագրերը սովորաբար նշանակում են հիվանդանոցի առաջին հաշվի տարվա կամ առաջին հաշվի նախորդ 12 ամիսների հայտարարագրեր: Ակտիվների տեղեկություններ չեն պահանջվում և չեն օգտագործվի:

Ծառայության և հաշվի տեղեկություններ

| Ծառայության տեսակ | Ծառայության միավոր | Գումար / նկարագրություն | Ամսաթիվ |
|---------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---------|
| Հիվանդանոցային ստացիոնար | Ստացիոնար օրեր | Գանձված գումար՝ \$ | |
| Հիվանդանոցային ամբուլատոր | Ամբուլատոր օրեր | Ստացված վճարում՝ \$ | |
| Այլ | Այլ ճշգրտումներ / զիջումներ՝ \$ | Պացիենտի պատասխանատվություն \$ | |

Ծախսեր - ընտրովի

Ծախսերի տեղեկությունները հիմնական իրավասության համար պարտադիր չեն: Դրանք կարող են օգտագործվել բարձր բժշկական ծախսերի իրավասությունը, վճարման պլանները կամ այլ օգնությունը գնահատելու համար:

| Ծախս | Ամսական գումար | Ծախս | Ամսական գումար |
|---------------------|----------------|------------------------------|----------------|
| Հիփոթեք / վարձավճար | \$ | Առողջության ապահովագրություն | \$ |

| Ծախս | Ամսական գումար | Ծախս | Ամսական գումար |
|-----------------------|----------------|---|----------------|
| Կոմունալներ / հեռախոս | \$ | Բժշկական հաշիվներ / հիվանդանոց / բժիշկներ | \$ |
| Սնունդ | \$ | Դեղեր / ավտովարկեր / այլ | \$ |

Ակտիվների տեղեկություններ չեն պահանջվում

Դրամական ակտիվները, բանկային տեղեկանքները, հաշվի համարները, հաշվի մնացորդները, ներդրումային մնացորդները, կենսաթոշակային մնացորդները, անշարժ գույքի արժեքները, մեքենաների արժեքները և այլ ակտիվների տեղեկությունները չեն պահանջվում և չեն դիտարկվի ֆինանսական օգնության իրավասությունը որոշելիս:

Եկամտի հաշվարկ - Հիվանդանոցի օգտագործման կամ դիմողի օգնության համար

| Հաշվարկի կետ | Գումար կամ արժեք |
|---|------------------|
| Ընդհանուր ամսական համախառն եկամուտ | \$ |
| Հանած ամսական պահումներ, եթե կիրառելի է | \$ |
| Ճշգրտված ամսական զուտ եկամուտ | \$ |
| Ընտանիքի չափ | |
| FPL տոկոս, եթե հաշվարկված է | |

Դիմողի հայտարարություն

Ես սուտ վկայության համար պատժի ենթարկվելու պայմանով հայտարարում եմ, որ իմ տված պատասխանները ճշմարիտ և ճիշտ են՝ իմ իմացության լավագույն չափով:

Համաձայն եմ 10 օրվա ընթացքում տեղեկացնել մատակարարին, եթե փոխվեն իմ եկամուտը, ծախսերը, տնային տնտեսության չափը, անդամները կամ հասցեն:

Ես հասկանում եմ, որ տրամադրած տեղեկությունները գաղտնի կպահվեն օրենքով պահանջված կարգով:

Ես հասկանում եմ, որ ակտիվների տեղեկություններ չեն պահանջվում և չեն օգտագործվի ֆինանսական օգնության իրավասությունը որոշելու համար:

Եթե առողջապահական ծառայություններ եմ ստացել վթարի կամ վնասվածքի պատճառով, համաձայն եմ օրենքով թույլատրելի չափով փոխհատուցել մատակարարին այդ վթարի կամ վնասվածքի հետ կապված դատական հայցի կամ հաշտության միջոցներից:

| Դիմողի / լիազորված ներկայացուցչի ստորագրություն | Ամսաթիվ |
|---|---------|
| | |

Հիվանդանոցի վերանայում և գրավոր որոշում

Հիվանդանոցը կվերանայի լրացված դիմումը և կտրամադրի գրավոր իրավասության որոշում:

Որոշում՝ Հաստատված Մերժված Պահանջվում է լրացուցիչ տեղեկություն

Մեկնաբանություններ՝ _____

Վերանայողի ստորագրություն / ամսաթիվ՝ _____

Միայն հիվանդանոցի օգտագործման համար

Իրավասությունը պետք է հիմնվի ընտանիքի եկամտի և ընտանիքի չափի վրա: Մի օգտագործեք դրամական ակտիվներ կամ այլ ակտիվների տեղեկություններ: Եթե պացիենտը կարծես իրավասու է ֆինանսական օգնության կամ օգնություն է խնդրում, հետևեք Հիվանդանոցի քաղաքականությանը նախքան հաշիվը հավաքագրումների ուղարկելը:

Հարցերի կամ բողոքի տեղեկություններ

Հարցերի կամ դիմումի օգնության համար կապվեք Բիզնես գրասենյակի հետ՝ (213) 314-1492:

Եթե կարծում եք, որ ֆինանսական օգնությունը սխալմամբ մերժվել է, կարող եք բողոք

ներկայացնել Կալիֆորնիայի Hospital Bill Complaint Program-ին՝

HospitalBillComplaint.hcai.ca.gov հասցեով: