



0332E

ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ԱԶԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԴԻՄՈՒՄԻ ՀՐԱՀԱՆԳՆԵՐ

1. Խնդրում ենք լրացնել կցված դիմումի ձևաթղթի **բոլոր** հատվածները: Եթե որևէ հատված կիրառելի չէ՝ ձեր դեպքում, գրեք ԿԻՐԱՌԵԼԻ 2Է տրամադրված մասում:
2. Լրացուցիչ թերթ կցեք, եթե ձեզ ավելի շատ տեղ է հարկավոր որևէ հարցի պատասխանելու համար:
3. Դուք պետք է տրամադրեք եկամուտն ապացուցող փաստաթղթեր, երբ ներկայացնեք այս դիմումը: Որպես եկամուտի ապացույց՝ ընդունվում են հետևյալ փաստաթղթերը.

Եթե հանձնել եք դաշնային եկամտահարկի հայտարարագիր, ապա պետք է ներկայացնեք հետևյալի պատճեն՝

- a. Ամենավերջին տարվա դաշնային եկամտահարկի հայտարարագիր (Ձևաթուղթ 1040): Դուք պետք է ներառեք բոլոր ժամանակացույցները և կցումները՝ ինչպես ներկայացրել եք Հարկային վարչությանը:

Եթե չեք հանձնել դաշնային եկամտահարկի հայտարարագիր, խնդրում ենք տրամադրել հետևյալը՝

- a. Վերջին աշխատավարձի վճարման երկու (2) չեկերի կտրոն, և
- b. Նամակ, որը բացատրում է, ինչու չեք հանձնել դաշնային եկամտահարկի հայտարարագիր:

Եթե եկամուտ կամ եկամուտն ապացուցող փաստաթղթեր չունեք, խնդրում ենք նամակ տրամադրել՝ բացատրելով, թե ինչպես եք ապահովում ձեզ/ձեր ընտանիքը:

4. Աջակցության ձեր դիմումը չի կարող մշակվել, մինչև չտրամադրեք բոլոր պահանջվող տվյալները:
5. Կարևոր է լրացնել և ներկայացնել Ֆինանսական աջակցության դիմումը՝ բոլոր պահանջվող կցումների հետ միասին, **տասնչորս (14) օրվա** ընթացքում:
6. Դուք պետք է ստորագրեք և ամսագրեք Ֆինանսական աջակցության դիմումը: Եթե հիվանդը/պատասխանատու կողմը և կինը/ամուսինը տվյալներ են տրամադրում, ապա երկուսն էլ պետք է ստորագրեն դիմումը:
7. Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Patient Business Office՝ (909) 651-4177 հեռախոսահամարով, ժամը 9:00 a.m.-ից մինչև 5:00 p.m.-ը, երկուշաբթիից հինգշաբթի, և ժամը 9:00 a.m.-ից մինչև 2:00 p.m.-ը ուրբաթ (բացի հանգստյան և տոն օրերից): Հանգստյան, տոն օրերին և աշխատանքային ժամերից հետո օգնության համար խնդրում ենք դիմել որևէ Գրանցման ներկայացուցչին:
8. Ուղարկեք ձեր լրացված Ֆինանսական աջակցության դիմումը և բոլոր պահանջվող փաստաթղթերը հետևյալ հասցեով՝

Loma Linda University Behavioral Medicine Center
 Patient Business Office
 P.O. Box 700
 Loma Linda, CA 92354



Loma Linda University Behavioral Medicine Center
 ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ԱԶԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԴԻՄՈՒՄԻ
 ՀՐԱՀԱՆԳՆԵՐ
 Էջ 1-ը 3-ից

ՀԻՎԱՆԴԻ ՆՈՒՅՆԱԿԱՆՑՈՒՄ

ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ԱԶԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԴԻՄՈՒՄԻ ՀՐԱՀԱՆԳՆԵՐ

Այս ձևաթղթի նպատակն է որոշել հիվանդի/պատասխանատու կողմի իրավասությունը ֆինանսական աջակցության համար՝ համաձայն Loma Linda University Behavioral Medicine Center-ի Բարեգործական խնամքի/Չեղջերով վնարման քաղաքականության:

ՀԻՎԱՆԴ/ՊԱՏԱՍԽԱՆԱՏՈՒ ԿՈՂՄ
(Երաշխավոր) **ԱՆՈՒՆ** _____

ԿԻՆ/ԱՄՈՒՍԻՆ
ԱՆՈՒՆ _____

ՀԱՍՑԵ

ՀԵՌԱԽՈՍ
Տուն՝ _____
Աշխատավայր՝ _____

ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ
Հիվանդ/պատասխանատու կողմ _____

Կին/ամուսին _____

ԸՆՏԱՆԵԿԱՆ ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿ (նշեք բոլորին, ում ծախսերն եք հոգում)

| Անուն | Տարիք | Հարաբերություն |
|-------|-------|----------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ՉԲԱՂՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿ
Հիվանդ/պատասխանատու կողմ

Գործատու

Հիվանդ/պատասխանատու կողմ _____

Պաշտոն _____

Գործատու _____

Կոնտակտային անձ _____

Գործատուի կոնտակտային տվյալներ _____

Հեռախոս _____

Կնոջ/ամուսնու գործատու

Կնոջ/ամուսնու պաշտոն _____

Գործատու _____

Կոնտակտային անձ _____

Գործատուի կոնտակտային տվյալներ _____

Հեռախոս _____



Loma Linda University Behavioral Medicine Center
ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ԱԶԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԴԻՄՈՒՄԻ
ՀՐԱՀԱՆԳՆԵՐ
Էջ 2-ը 3-ից

ՀԻՎԱՆԴԻ ՆՈՒՅՆԱԿԱՆՑՈՒՄ

ԵԿԱՄՈՒՏ

| | Հիվանդ/ երաշխավոր | Կին/ամուսին |
|---|----------------------|-------------|
| 1. Համախառն աշխատավարձ/տարեկան (նախքան հանումները) | \$ _____ | \$ _____ |
| 2. Ինքնազբաղվածության եկամուտ/տարեկան | \$ _____ | \$ _____ |
| 3. Այլ եկամուտ՝ | | |
| a. Տոկոսներ և շահաբաժիններ | \$ _____ | \$ _____ |
| b. Անշարժ գույքի վարձակալություն | \$ _____ | \$ _____ |
| c. Սոցիալական ապահովություն | \$ _____ | \$ _____ |
| d. Ապրուստադրամ | \$ _____ | \$ _____ |
| e. Երեխայի ապրուստադրամ | \$ _____ | \$ _____ |
| f. Գործազրկություն/հաշմանդամություն | \$ _____ | \$ _____ |
| g. Հանրային աջակցություն | \$ _____ | \$ _____ |
| h. Բոլոր մյուս աղբյուրները (ցուցակ կցեք) | \$ _____ | \$ _____ |
| Ընդհանուր եկամուտ (գումարեք վերևի 1 - 3h տողերը) | \$ _____ | \$ _____ |

ԱՆՍՈՎՈՐ ԾԱԽՍԵՐ

Խնդրում ենք տեղեկություններ տրամադրել որևէ անսովոր ծախսերի մասին, ինչպես օրինակ՝ բժշկական հաշիվներ, սնանկացում, դատական վճիռներ կամ կարգավորման վնարումներ (ցուցակ կցեք, եթե հարկավոր է):

| Նկարագիր | Գումար |
|----------|--------|
| | |
| | |
| | |

Ստորև ստորագրելով՝ ես/մենք հայտարարում եմ/ենք, որ բոլոր տրամադրված տեղեկությունները ճշմարիտ են և ստույգ, որքանով որ ինձ/մեզ հայտնի է: Ես/մենք լիազորում եմ/ենք LLUBMC-ին ստուգել այս դիմումի մեջ նշված ցանկացած տվյալներ: Ես/մենք հատկապես թույլ եմ/ենք տալիս կապվել իմ/մեր գործատուի հետ:

| | | |
|--|-----------------------------|---------|
| Հիվանդի/պատասխանատու կողմի ստորագրություն | Հարաբերությունը հիվանդին | Ամսաթիվ |
| Կնոջ/ամուսնու ստորագրություն | Ամսաթիվ | |



Loma Linda University Behavioral Medicine Center
ՖԻԼԱՆՍԱԿԱՆ ԱԶԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԴԻՄՈՒՄԻ
ՀՐԱՀԱՆԳՆԵՐ
Էջ 3-ը 3-ից

ՀԻՎԱՆԴԻ ՆՈՒՅՆԱԿԱՆԱՑՈՒՄ