Ֆինանսական օգնության դիմումի ձևաթուղթ

ԱՌԱՋԻՆ ԲԱԺԻՆ. ԲՈՒԺԱՌՈՒԻ ՏՎՅԱԼՆԵՐԸ

Նշեք ձեր անունը, ազգանունը, բժշկական ծառայություններ ստանալու պահին արդիական հասցեն և այլ տեղեկություններ, որոնք նշված են այս բաժնում:

Հաշվի համարը _____ Ծառայությունների ստացման ամսաթիվ(եր)ը _____

Բուժառուի անուն, ազգանունը՝ _____
ԱԶԳԱՆՈՒՆ ԱՆՈՒՆ ՄԻՋԻՆ ԱՆՈՒՆ ԱՆՎԱՆԱՏԱՌ

Հասցե՝ _____ Քաղաք՝ ____/_____/_____ Վարչաշրջան՝ _____
ՓՈՂՈՑԻ ԵՎ ՏԱՆ ՀԱՄԱՐԸ

Բնակության նահանգ՝ _____ Փոստային դասիչ՝ _____ Ծննդյան ամսաթիվ՝ ____/_____/_____ Ընտանեկան կարգավիճակ՝

❑ Ամուրի ❑ Ամուսնացած ❑ Ամուսնալուծված

Հիմնական հեռախոսահամար՝ (_____) _____ ❑ Տուն ❑ Բջջային ❑ Աշխատանք ❑ Այլ _____

Էլ. փոստի հասցե՝ _____

Առողջության ապահովագրություն ծառայության ամսաթվի պահին՝ ❑ Ապահովագրություն չկա ❑ Medicare ❑ Medicaid ❑ Այլ _____

ԵՐԿՐՈՐԴ ԲԱԺԻՆ. ԸՆՏԱՆԻՔԻ ԵԿԱՄՈՒՏԸ ԵՎ ԳՈՒՅՔԸ

Տրամադրեք ձեր, ձեր ամուսնու և ընտանիքի բոլոր մյուս անդամների (եթե կիրառելի է) եկամուտը:

Եկամտի աղբյուր	Ընդամենը 3 ամիս ծառայության մեկնարկից առաջ	Ընդամենը 12 ամիս ծառայության մեկնարկից առաջ
Աշխատավարձ/Ինքնազբաղվածություն	$	$
Սոցիալական պաշտպանություն	$	$
Կենսաթոշակ, շահաբաժիններ, տոկոսներ, վարձակալության եկամուտ	$	$
Գործազրկություն, աշխատողների փոխհատուցում	$	$
Երեխայի նպաստ (միայն այն դեպքում, եթե բուժառուն ապաովագրված շահառու է)	$	$
Այլ	$	$

Ընդհանուր զուտ ակտիվները (Ակտիվներ - Պարտք) դիմումի ամսաթվի դրությամբ. $_____

ԵՐՐՈՐԴ ԲԱԺԻՆ. ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ ԸՆՏԱՆԻՔԻ ԵՎ ԵԿԱՄՏԻ ՄԱՍԻՆ

Նշեք ձեր ընտանիքի բոլոր անդամներին և նրանց ծննդյան ամսաթվերը:

Խնդրում ենք տրամադրել հետևյալ տեղեկատվությունը ձեր տանը ապրող ընտանիքի բոլոր անդամների համար: HCAP-ի նպատակների համար ընտանիքը սահմանվում է որպես բուժառու, բուժառուի ամուսին և բուժառուի մինչև 18 տարեկան բոլոր երեխաները (հարազատ կամ խնամատար), ովքեր բնակվում են բուժառուի տանը: Եթե բուժառուն 18 տարեկանից փոքր է, ընտանիքը պետք է ներառի բուժառուին, բուժառուի հարազատ կամ խնամատար ծնողներին և ծնողների՝ 18 տարեկանից ցածր երեխաներին (հարազատ կամ որդեգրած), ովքեր ապրում են բուժառուի տանը:

Ընտանիքի անդամների անունները, ներառյալ բուժառուն Ծննդյան ամսաթիվ Բուժառուի հետ բարեկամական կապը

1. Բուժառու՝ _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Ստորև իմ ստորագրությամբ հաստատում եմ, որ այն ամենը, ինչ ես նշել եմ այս դիմումի մեջ և բոլոր հավելվածներում, համապատասխանում է իրականությանը:

Պատասխանատու կողմի ստորագրությունը՝ x _____ Ամսաթիվ՝ _____

Լրացված դիմումը ուղարկեք հետևյալ հասցեով՝ **Select Specialty Hospital - San Diego**
225 Grandview Avenue, Camp Hill, PA 17011 (888) 868-1103
Էլփոստ՝ IPCS@selectmedical.com Ֆաքս՝ (717) 980-2509