



**ՇՆՉԱՌԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԲԱՐԼՈՈՒ ՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑ – ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ
ՕԺԱՆԴԱԿՈՒԹՅԱՆ ԴԻՄՈՒՄ**

Ֆինանսական օժանդակության այս դիմումը կօգտագործվի՝ որոշելու մեր հաստատությունում բարեգործական հիմունքներով խնամքի կամ զեղչով բժշկական ծառայությունների համար Ձեր իրավունակությունը: Անհրաժեշտ է լրացնել այս թերթիկն ու պահանջվող բոլոր փաստաթղթերի պատճենների հետ մեկտեղ վերադարձնել այն: Եթե այդ դիմումը լրացնելու, կամ մեր ֆինանսական օժանդակության ծրագրերին իրավունակության մասին հարցեր ունեք, խնդրում ենք դիմել Ֆինանսական ծառայությունների վարչություն՝ (213) 250-4200, ապա՝ 3329, կամ Պացիենտների ֆինանսական սպասարկման մեր հեռամատակարարին՝ (844-288-2025): Ֆինանսական օժանդակության այս դիմումն անհրաժեշտ է վերադարձնել մինչև _____-ը:

Դիմումն անհրաժեշտ է ներկայացնել Ֆինանսական ծառայությունների վարչություն, որը գտնվում է Բարլոուի մեր հիմնական համալիրում, կամ փոստով ուղարկել հետևյալ հասցեով.

**BARLOW RESPIRATORY HOSPITAL
ATTENTION: PATIENT FINANCIAL SERVICES
2000 STADIUM WAY
LOS ANGELES, CA 90026-2696**

Պացիենտի անունը. _____ Ամուսինը/կինը _____

Հասցեն. _____

Տան/Բջջ. հեռ. _____ Աշխ. հեռ. _____

Պացիենտի Սոցալ #. _____ Ամուսնու/կնոջ Սոցալ #. _____

Ընտանեկան կարգավիճակը – Նշել բոլոր անձանց, ովքեր Ձեր խնամքի տակ են			
Անունը	Տարիքը	Հարաբերությունը	Տարեկան եկամուտը

Ի՞նչ ապահովագրություն ունեք

Ունե՞ք, արդյոք, առողջական ապահովագրություն, օրինակ՝ Medicare, Medi-Cal, կամ առողջական մասնավոր ապահովագրություն:

Այո. _____ Ոչ. _____ Ապահովագրող. _____

Արդյո՞ք Ձեր վնասվածքն աշխատողի փոխհատուցման, ավտոմեքենայի ապահովագրության կամ մեկ այլ ապահովագրության ծածկույթի տակ է:

Այո. _____ Ոչ. _____

Խնդրում ենք տրամադրել Ձեր վերը նշված պատասխանները հաստատող որևէ փաստաթուղթ:

Աշխատանքային կարգավիճակը

Աշխատատու. _____ Պաշտոն.

Կապի անձ. _____ Հեռ. #. _____

Ամուսնու/կնոջ աշխատատու. _____ Պաշտոն

Ընտանեկան եկամուտը

Աշխատանքից ստացվող եկամուտ
Սոցիալական ապահովագրություն
Գործազրկություն/հաշմանդամություն
Շահ/դիվիդենդներ
Ալիմենտ

Մանկան ծախսերի օժանդակություն
Այլ եկամուտ
ԸՆԴԱՄԵՆԸ.

Ընդունելի ունեցվածքը

Ընթացիկ հաշիվներ
Խնայողական հաշիվներ
Կեցության հիմնական վայր
Այլ անշարժ գույք
Արժեթղթեր, պարտատոմսեր,
ավանդագրեր

Այլ. _____
Այլ. _____
ՈՂՋ ՈՒՆԵՑՎԱԾՔԸ.

Խնդրում ենք կցել հետևյալի պատճենները.

- Ձեր նախորդ տարվա հարկային հայտարարագրի և W-2 հայտարարության պատճեններն ու Ձեր աշխատավարձի վերջին երկու վճարագրերը;
- Վերջին երկու ամսում Ձեր սոցիալական ապահովագրության, պետական նպաստի, կամ գործազրկության վճարների անդորրագրերի պատճենները;
- Գործազրկության փոխհատուցման հատկացման կամ դրա մերժման ծանուցագրի պատճենը;
- Ընթացիկ, խնայողական կամ ներդրումային հաշիվների վերջին երկու ամսվա զեկույցների պատճենները:

Տարեկան բժշկական ծախսերը

Վերջին 12 ամսում որքա՞ն էք վճարել բժշկական ծախսերի համար.

Շնչառական հիվանդությունների Բարլոու հիվանդանոցին. _____
(խնդրում ենք կցել հաստատող փաստաթղթեր)

Այլ մատակարարների. _____ (խնդրում ենք կցել հաստատող փաստաթղթեր)

Ներկայի բժշկական մատակարարներին (BRH-ից գատ) որքա՞ն էք պարտք
_____ (խնդրում ենք կցել հաստատող փաստաթղթեր)

Այս թերթիկը ստորագրելով հաստատում եմ, որ տրամադրված տեղեկատվությունը ճշգրիտ է, և Շնչառական հիվանդությունների Բարլոուի հիվանդանոցին լիազորում եմ վավերացնել տրամադրված ցանկացած և ողջ տեղեկատվության իսկությունը:

Հասկանում եմ, որ ցանկացած ֆինանսական օժանդակություն տրամադրվում է սուսկ ի նպաստ ինձ, և վճարման պատասխանատվությունից որևէ երրորդ կողմի չի ազատում:

Հասկանում եմ, որ եթե ֆինանսական օժանդակության համար որակավորում չստանամ, ապա անձամբ պատասխանատու եմ Շնչառական հիվանդությունների Բարլոու հիվանդանոցի կողմից տրամադրված ծառայությունների հաշվեգրի համար: Հասկանում եմ նաև, որ ֆինանսական օժանդակության համար իմ որակավորման մասին որոշումը կարող եմ բողոքարկել գրավոր՝ հավելյալ փաստաթղթեր ներկայացնելով:

Ամսաթիվ

Ծնողի կամ իրավական խնամակալի ստորագրությունը

Ամսաթիվ

Ամուսնու/կնոջ ստորագրությունը

ՇՆՉԱՌԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԲԱՐԼՈՈՒ ՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑ – ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ
ՕԺԱՆԴԱԿՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ

Պացիենտի անունը. _____ Հաշվի #. _____

Սոցապ #. _____

Ընդունման ամսաթիվը. _____ Դուրսգրման/ակնկալվող դուրսգրման ամսաթիվը.

Պացիենտի ռեսուրսները.

Արդյո՞ք պացիենտի ***Ընտանեկան եկամուտը***¹ հավասար է ***Աղքատության դաշնային շեմի***² 350%-ին, կամ ցածր է դրանից:

Այո. _____ Ոչ. _____

Արդյո՞ք պացիենտի ***Ընտանեկան եկամուտը*** հավասար է ***Աղքատության դաշնային շեմի*** 200%-ին, կամ ցածր է դրանից:

Այո. _____ Ոչ. _____

Արդյո՞ք պացիենտն ***Ինքնուրույն վճարող պացիենտ***³ է:

¹ «***Ընտանեկան եկամուտ***» նշանակում է պացիենտի եկամուտ, հետևյալից ստացվող եկամտի հետ մեկտեղ. (1) 18 և ավագ տարիքի պացիենտների համար. պացիենտի ամուսինը/կինը, ընտանեկան կենակիցն ու խնամքին տակ գտնվող 21 տարեկանից երիտասարդ երեխաները՝ անկախ այն բանից, նրանք տա՞ն են բնակվում, թե՞ ոչ; և (2) 18 տարեկանից երիտասարդ պացիենտների համար. պացիենտի ծնողները, խնամակալ ազգականներն ու ծնողի կամ խնամակալ ազգականի՝ 21 տարեկանից երիտասարդ երեխաները:

² «***Աղքատության դաշնային շեմ***» նշանակում է աղքատության ուղենիշները, որոնք Միացյալ Նահանգների Առողջապահության և սոցիալական ծառայությունների նախարարությունը պարբերաբար թարմացնում է Դաշնային մատյանում (Federal Register), Միացյալ Նահանգների Օրենսգրքի Գլուխ 42-ի Բաժին 9902-ի ենթաբաժին (2)-ի իրավասության ներքո (subsection (2) of Section 9902 of Title 42 of the United States Code):

³ «***Ինքնուրույն վճարող պացիենտ***» նշանակում է պացիենտ, ով չունի երրորդ կողմի ծածկույթ որևէ առողջական ապահովագրողից, առողջական խնամքի սպասարկման ծրագրից, Medicare-ից կամ Medicaid-ից, և ում վնասվածքն աշխատողների փոխհատուցման, ավտոմեքենայի ապահովագրության, կամ այլ ապահովագրության նպատակներով, փոխհատուցելի վնասվածք չէ, ըստ Հիվանդանոցի որոշման ու փաստաթղթային հիմնավորման:

Այո. _____ Ոչ. _____

Արդյո՞ք պացիենտը **Բժշկական բարձր ծախս պահանջող պացիենտ**⁴ է:

Այո. _____ Ոչ. _____

Պացիենտի իրավունակությունը

Ելնելով վերոհիշյալից՝ պացիենտն իրավունակ է հետևյալին (նշեք կիրառելի տարբերակը).

Բարեգործական խնամք. _____. Պացիենտն ունի բարեգործական խնամքի իրավունակություն, որովհետև նրա **Ընտանեկան եկամուտը** հավասար է **Աղքատության դաշնային շեմի** 200%-ին, կամ ցածր է դրանից, և կա՛մ **Ինքնուրույն վճարող պացիենտ** է, կամ **Բարձր բժշկական ծախսեր ունեցող պացիենտ**: Եթե պացիենտն ու բարեգործական հիմունքներով խնամքի իրավունակություն, ապա բժշկական որևէ ծառայության դիմաց պացիենտին հաշվեգիր չի ներկայացվի:

Զեղչով խնամք. _____. Պացիենտն ունի զեղչով խնամքի իրավունակություն, որովհետև նրա **Ընտանեկան եկամուտը** հավասար է **Աղքատության դաշնային շեմի** 350%-ին, կամ ցածր է դրանից, և կա՛մ **Ինքնուրույն վճարող պացիենտ** է, կամ **Բարձր բժշկական ծախսեր ունեցող պացիենտ**:

Մեկնաբանություններ. _____

Գլխավոր տնօրենի կամ Գլխավոր հաշվապահի հավանությունը. _____
Ամսաթիվ. _____

⁴ «**Բարձր բժշկական ծախսերով պացիենտ**» նշանակում է անձ, ով Հիվանդանոցից զեղչված սակագներով սպասարկում չի ստանում երրորդ կողմի ծածկույթ ունենալու բերումով, երբ հետևյալ հանգամանքներից որևէ մեկը առկա է. (1) Հիվանդանոցում պացիենտի կողմից սեփական գրպանից կատարած տարեկան ծախսերը գերազանցում են նախորդ 12 ամսում պացիենտի **ընտանեկան եկամտի** 10% -ը, կամ (2) Ցանկացած վայրում պացիենտի կողմից սեփական գրպանից կատարած տարեկան բժշկական ծախսերը գերազանցում են պացիենտի **ընտանեկան եկամտի** 10% -ը, եթե պացիենտը փաստաթղթային հիմք է ներկայացնում առ այն, որ վերջին 12 ամսում պացիենտի բժշկական ծախսերը վճարվել են պացիենտի, կամ պացիենտի ընտանիքի կողմից:

ՊԱՑԻԵՆՏԻ ԾԱՆՈՒՑԱԳԻՐ

Ամսաթիվ. _____

Երաշխավորի անունը. _____

Պացիենտի անունը. _____

Երաշխավորի քաղաքը, նահանգն ու փոստային ինդեքսը.

Հարգելի պրն./տիկ./օր. _____

Մենք մանրամասն զննել ենք ֆինանսական օժանդակության Ձեր դիմումն ու որոշել, որ Ձեր գործը.

- () Համապատասխանում է ֆինանսական օժանդակության՝ հիվանդանոցի կողմից սահմանված ուղենիշներին:
- () Համապատասխանում է ֆինանսական օժանդակության համար հիվանդանոցի սահմանած ուղենիշներին, մինչև Ձեր Medi-Cal-ի դիմումի/ֆինանսական զննման հարցով որոշման կայացումը/լուծումը:
- () Հաստատված գումարը՝ \$ _____: Ձեր հաշիվը կնվազեցվի _____%-ով, և երաշխավորը պատասխանատու է \$ _____-ի համար:
- () Չի համապատասխանում ֆինանսական օժանդակության համար հիվանդանոցի սահմանած ուղենիշներին:

Մերժման պատճառը.

_____ Ընտանեկան եկամուտը գերազանցում է որակավորման չափանիշները:

_____ Հնարավոր երրորդ կողմի վճարող աղբյուր կա:

_____ Դիմումն ավարտուն կերպով լրացված չէ:

_____ Հիմնավորող փաստաթղթերը համարժեք չեն:

(Օգտագործե՛ք այս տեքստը միայն մերժման նամակի դեպքում)

Եթե ցանկանում եք բողոքարկել այս որոշումը, ապա բողոքարկման գործընթացը սկսելու համար զանգահարեք Ֆինանսական ծառայությունների վարչություն՝ 213-250-4200, ապա 3329:

(Օգտագործե՛ք այս նամակը միայն որակավորված անձանց համար)

Շնչառական հիվանդությունների Բարլոու հիվանդանոցը, հավատարիմ մնալով իր առաքելության ու արժեքներին, իր ծառայություններն անվճար է մատուցում այն իրավունակ պացիենտներին, ովքեր ի վիճակի չեն վճարել խնամքի համար: Մենք հպարտ ենք համայնքին մեր աջակցության, ինչպես նաև բարեգործական հիմունքներով կամ զեղչված սակագներով Ձեզ և ուրիշներին մեր տրամադրած խնամքի համար: Շնորհակալ ենք Ձեր առողջական խնամքի կարիքների նպատակով Շնչառական հիվանդությունների Բարլոու հիվանդանոցն ընտրելու համար և ուրախ կլինենք ապագայում ևս Ձեզ ծառայություններ տրամադրել:

Հարգանքով,

ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՎԱՐՉՈՒԹՅՈՒՆ
ՇՆՉԱՌԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԲԱՐԼՈՈՒ ՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑ