

Բարեգործական խնամքի/ֆինանսական աջակցության դիմում-հայտի գործընթաց

Դուք կարող եք դիմել ֆինանսական աջակցության համար հիվանդանոցից դուրս գրվելուց կամ ամբուլատոր բուժօգնություն ստանալուց հետո 1 տարվա ընթացքում:

Բարեգործական խնամքը հասանելի է Նյու Ջերսիի բնակիչներին, ովքեր ապահովագրված չեն, թերապահովագրված կամ նահանգային և դաշնային ծրագրերի համար իրավասու չեն:

Իրավասու լինելու համար դուք պետք է համապատասխանեք և՛ եկամուտների, և՛ ակտիվների իրավասության չափանիշներին:

Բարեգործական խնամքը ծածկում է միայն հիվանդանոցային խնամքը: Ծրագիրը չի տարածվում այն բժիշկների կամ այլ մատակարարների վրա, ովքեր ինքնուրույն վճարում են իրենց ծառայությունների համար:

- Խնդրում ենք լրացնել և ստորագրել դիմում-հայտը: (Եթե դուք խնամք եք ստացել Hackensack Meridian Health-ի բազմաթիվ հիվանդանոցներում, դուք պետք է ստորագրեք դիմում-հայտը յուրաքանչյուր հիվանդանոցի համար, որտեղ ծառայություններ եք ստացել:)
- Կցեք բոլոր անհրաժեշտ փաստաթղթերի պատճենները:
- Բոլոր փաստաթղթերը հիմնված են մատուցվող ծառայության սկզբնական ամսաթվի վրա:
- Եթե դուք 21 տարեկան կամ ավելի երիտասարդ եք և ցերեկային ուսուցում եք անցնում քոլեջում, ձեր ծնողը կամ խնամակալը պետք է լրացնի դիմում-հայտը և տրամադրի անհրաժեշտ օժանդակ փաստաթղթեր: Խնդրում ենք ներկայացնել ձեր ուսանողի կարգավիճակի և ընթացիկ և նախորդ կիսամյակների ֆինանսական պարզևատրման նամակների ապացույցը:

Եթե որևէ հարց ունեք դիմում-հայտի կամ փաստաթղթերի հետ առնչվող, որոնք անհրաժեշտ են դիմելու համար, խնդրում ենք զանգահարել հիվանդանոցի ֆինանսական խորհրդատուին, որտեղ ստացել եք ձեր ծառայությունները:

- Hackensack Univ Medical Center, 100 First Street, Ste 300, Hackensack, NJ 07601 **(551) 996-4343**
- Palisades Medical Center, 7600 River Road, North Bergen, NJ, 07047 **(201) 854-5092**
- JFK Medical Center, 65 James Street, Edison, NJ 08820 **(732) 321-7534**

Ստորև բերված հիվանդանոցների համար խնդրում ենք զանգահարել **732-902-7080** հեռապոստահամարով

- Jersey Shore University Medical Center, 1945 Route 33, Neptune, NJ, 07753
- Ocean Medical Center, 425 Jack Martin Boulevard, Brick, NJ 08724
- Riverview Medical Center, 1 Riverview Plaza, Red Bank, NJ 07701
- Southern Ocean Medical Center, 1140 Route 72 W, Manahawkin, NJ 08050
- Bayshore Medical Center, 727 N Beers St, Holmdel, NJ 07733
- Jane H Booker Family Health Center, 1828 W Lake Ave # 202, Neptune, NJ, 07753
- Raritan Bay Medical Center, 530 New Brunswick Ave, Perth Amboy, NJ
- Old Bridge Medical Center, % RBMC, 530 New Brunswick Ave, Perth Amboy, NJ

Բարեգործական խնամքի համար ձեր դիմում-հայտի մշակման հարցում մեզ լրացուցիչ օժանդակելու համար խնդրում ենք տրամադրել միայն ստորև թվարկված փաստաթղթերի պատճենները, որոնք վերաբերում են ձեր իրավիճակին: Եթե ստորև թվարկված համապատասխան փաստաթղթերը չեն տրամադրվում կամ ձեր դիմում-հայտը թերի է, մենք չենք կարողանա ձեր դիմումին ընթացք տալ: Բոլոր պահանջվող փաստաթղթերը հիմնված են ձեր մատուցվող ծառայության ամսաթվի վրա: Մատուցվող ծառայության ամսաթիվը նշանակում է առաջին օրը, երբ դուք իրականում հիվանդանոցում էիք:

Անձը հաստատող փաստաթուղթ հիվանդի, ամուսնու, մինչև 18 տարեկան երեխաների և 21 տարեկանից ցածր քույրեղի ուսանողների համար

- Ընտրեք մեկ տարբերակ ձեր ընտանիքի յուրաքանչյուր անդամի համար՝ վարորդական իրավունք, ծննդյան վկայական, սոցիալական ապահովության քարտ, անձնագիր

Ապահովագրական քարտեր

- Պատճենեք ապահովագրության քարտի առջևի և հետևի կողմը

Բանկային/Ավտոմատների քաղվածքներ, որոնք ներառում են ձեր մատուցված ծառայության ամսաթվի մնացորդ գումարը

- Հաշվարկային, խնայողական հաշվի և դեբետային քարտի քաղվածքներ
- Ձեր հաշվետվության եկամտի չափը գերազանցող ավանդները կարող են բացատրություն պահանջել
- Ցանկացած ավանդի վկայագրի (CD), անհատական կենսաթոշակային հաշվի (IRA), 401K-ի, բաժնետոմսերի կամ պարտատոմսերի ընթացիկ փաստաթղթեր

Մատուցված ծառայության ամսաթվին նախորդող մեկ ամսվա եկամտի վկայագիր

- Վաստակած եկամտի ապացույց, ներառյալ աշխատավարձի անդորրագրերը կամ ձեր գործատուի համախառն եկամտի մասին գրավոր ստորագրված հայտարարությունը ընկերության բլանկի վրա
- Եթե դուք ինքնագրաված եք, ապա անհրաժեշտ է հաշվապահի կողմից ստորագրված շահույթի և վնասի մասին հաշվետվություն՝ նախորդ տարվա հարկային հայտարարագրի պատճենի հետ միասին: Եթե ձեր բիզնեսը գործընկերություն կամ կորպորացիա է, տրամադրեք նամակ հաշվապահից, որտեղ նշվում է ձեր շաբաթական աշխատավարձը:
- Չվաստակած եկամտի ապացույցներ, ներառյալ, բայց չսահմանափակվելով կենսաթոշակակը, երեխայի աջակցությունը, այլմենտը, վետերանների նպաստները, սոցիալական ապահովության նպաստի նամակը, ընտանիքի բոլոր անդամների համար լրացուցիչ եկամտի (SSI) նամակները, գործազրկության կամ պետական հաշմանդամության վկայականը կամ այլ ֆինանսական վճարումներ:

Վկայական բնակության վայրի մասին մինչև մատուցված ծառայության ամսաթիվը.

- Պետք է նշվի փողոցի հասցեն՝ ՈՉ թե փոստային դասիչը
- Խնդրում ենք ընտրել հետևյալ տարբերակներից մեկը՝ վարորդական իրավունք, վարձակալության պայմանագրի պատճեն, կոմունալ վճարումների անդորրագիր, ձեր անունով և հասցեով թվագրված նամակ, որը տրվել է մինչև ծառայության մատուցման ամսաթիվը

Հիվանդի հաստատում. (ստորագրեք և թվագրեք այն ամենը, ինչ կիրառվում է):

- Ամուսնու/կնոջ հաստատումը, եթե ամուսնացած է (ստորագրեք և թվագրեք այն ամենը, ինչ կիրառվում է):

Եթե եկամուտ չունեք, կցված Աջակցության նամակը ստորագրեք այն անձի կողմից, ում հետ դուք ապրում եք (բացի ամուսնուց), որն ձեզ ֆինանսական աջակցություն է ցուցաբերում:

Խնդրում ենք փոստով ուղարկել ձեր դիմում-հայտը և փաստաթղթերը վերը նշված հասցեով, որտեղ դուք դիմում եք բարեգործական խնամքի համար: (Հիշեցում. բարեգործական խնամքը տարբերվում է ըստ հիվանդանոցի, ուստի, եթե ծառայությունները մատուցվել են մի քանի վայրերում, ապա յուրաքանչյուր վայրի համար պետք է դիմում-հայտ ներկայացվի:)



Նյու Ջերսիի հիվանդանոցային խնամքի աջակցության ծրագիր
Բարեգործական խնամքի դիմում-հայտ

Նշեք ԲՈԼՈՐ հիվանդանոցները, որտեղ ծառայություններ եք ստացել.

() HUMC () PMC () JFK () JSUMC () OMC () RMC () BCH

() SOMC () RBMC () OBMC

ԲԱԺԻՆ I. ԱՆՁՆԱԿԱՆ ՏՎՅԱԼՆԵՐ

ՀԻՎԱՆԳԻ ԱՆՈՒՆԸ (ԱԶԳԱՆՈՒՆ, ԱՆՈՒՆ, ՄԻԶԻՆ ԱՆՎԱՆ ՍԿԶԲՆԱՏԱՌԸ)		ԾՆՆԴՅԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎ	
ԴԻՄՈՒՄԻ ԱՄՍԱԹԻՎԸ	ԾԱՌԱՅՈՒԹՅԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎ	ՀՂԻՒ ԵՔ <input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ	
ՀԻՎԱՆԳԻ ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՍՅԵՆ		ՀԵՌԱԽՈՍԻ/ԲԶԶԱՅԻՆ ՀԵՌԱԽՈՍԻ ՀԱՄԱՐ ()	
ՔԱՂԱՔ, ՆԱՀԱՆԳ, ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԴԱՍԻՉ		*ԸՆՏԱՆԻՔԻ ՉԱՓԸ ԸՆՏԱՆԵԿԱՆ ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿ	
ԴՈՒՔ ԱՄՆ ՔԱՂԱՔԱՅԻՒ ԵՔ <input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ օրինակաբար ԲՆԱԿԻՉ ՍԿՍԱԾ՝ _____		ԴՈՒՔ ՆՅՈՒ ՉԵՐՍԻԻ ԲՆԱԿԻՉ ԵՔ: <input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ	
ԵՐԱՇԽԱՎՈՐԻ ԱՆՈՒՆԸ (Եթե հիվանդը չէ)	ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ԾԱԾԿՈՒՄ. <input type="checkbox"/> ՅՈ <input type="checkbox"/> Չ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ԸՆԿԵՐՈՒԹՅՈՒՆ _____ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ N՝ _____		
ԸՆՏԱՆԻՔԻ ԱՅԼ ԱՆԴԱՄՆԵՐ	ՀԱՐԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆ	ԾՆՆԴՅԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎ	ՀՂԻՒ ԵՔ ԱՅՈ/ՈՉ
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

ԲԱԺԻՆ II. ԱԿՏԻՎՆԵՐԻ ՉԱՓԱՆԻՇՆԵՐ

ԱԿՏԻՎՆԵՐԸ ՆԵՐԱՌՈՒՄ ԵՆ.

Ա. Խնայողական հաշիվներ _____

Բ. Հաշվարկային հաշիվներ _____

Գ. Ավանդի վկայագրի / անհատական կենսաթոշակային հաշիվ (IRA) _____

Դ. Անշարժ գույքի սեփականություն (բացի հիմնական բնակության վայրից) _____

Ե. Այլ ակտիվներ, 401K, բաժնետոմսեր և պարտատոմսեր _____

Զ.. ԸՆԴԱՄՆԵՆԸ _____

* ԸՆՏԱՆԻՔԻ ՉԱՓԸ ՆԵՐԱՌՈՒՄ Է ՉԵՉ, ԱՄՈՒՄՆՈՒՆ ԵՎ ՑԱՆԿԱՑԱԾ ԱՆՉԱՉԱՓ ԵՐԵՆԱՆԵՐԻՆ: ՀՂԻ ԿԻՆԸ ՀԱՄԱՐՎՈՒՄ Է ՈՐՊԵՍ ԸՆՏԱՆԻՔԻ ԵՐԿՈՒ ԸՆԴԱՄ:

ԲԱԺԻՆ III. ԵԿԱՄՏԻ ՉԱՓԱՆՆՈՒՄ

Հիվանդանոցային օգնություն ստանալու իրավասությունը որոշելիս պետք է օգտագործվեն հիվանդի և, եթե կիրառելի է, ամուսնու եկամուտը: Ծնողի եկամուտը պետք է օգտագործվի անչափահաս երեխայի համար: Այս դիմում-հայտին պետք է կցվի եկամտի ապացույց: Եկամուտը հիմնված է մատուցված ծառայության ամսաթվից առաջ եկամտի տասներկու ամսվա, երեք ամսվա, մեկ ամսվա կամ մեկ շաբաթվա հաշվարկի վրա:

ԳՈՐԾԱՏՈՒԻ ԱՆՈՒՄ՝

ԸՆԴԱՄԵՆԸ ԵԿԱՄՈՒՏ
\$

ԵԿԱՄՏԻ ԱՂԲՅՈՒՐՆԵՐԸ՝	Շաբաթական	Ամսական	Տարեկան
Ա. Աշխատավարձ / վարձատրություն մինչև պահումները _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Բ. Հանրային օգնություն _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Գ. Սոցիալական ապահովության/հաշմանդամության նպաստներ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Դ. Գործազրկության նպաստ և աշխատողների փոխհատուցում _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ե. Վետերանի նպաստներ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ժ. Ալիմենտ / Երեխայի աջակցություն _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Զ. Այլ դրամական աջակցություն _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ի. Կենսաթոշակային վճարումներ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Լ. Ապահովագրության կամ անուիտետային վճարումներ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Խ. Շահարաժիններ / Տոկոսներ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ծ.. Վարձակալության եկամուտ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Կ.. Բիզնեսի զուտ եկամուտ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Յ. Այլ (գործադուլի նպաստներ, ուսուցման կրթաթոշակներ, ընտանիքի զինվորական հատկացում, գույք կամ տրեստ) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Եկամտի այլ աղբյուրներ՝ _____			

ԲԱԺԻՆ IV. ՀԱՍՏԱՏՎԱԾ Է ԴԻՄՈՂԻ ԿՈՂՄԻՑ

Ես հասկանում եմ, որ իմ կողմից ներկայացված տեղեկատվությունը ենթակա է ստուգման համապատասխան առողջապահական հաստատության և դաշնային կամ նահանգային կառավարությունների կողմից: Այս փաստերի դիտավորյալ խեղաթյուրումը կհանգեցնի նրան, որ ես պատասխանատվություն կկրեմ հիվանդանոցային բոլոր վճարների համար, որոնք ենթակա են քաղաքացիական տույժերի:

Եթե դա պահանջվի առողջապահական հաստատության կողմից, ես կդիմեմ պետական կամ մասնավոր բժշկական օգնության համար՝ հիվանդանոցի հաշիվը վճարելու համար:

Ես հավաստում եմ, որ վերը նշված տեղեկությունները իմ ընտանիքի կարգավիճակի, եկամուտների և ունեցվածքի վերաբերյալ ճշմարիտ են և ճիշտ:

Ես հասկանում եմ, որ իմ պարտականությունն է հիվանդանոցին տեղեկացնել իմ եկամուտների կամ ակտիվների կարգավիճակի ցանկացած փոփոխության մասին:

ՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑ ԿԱՄ ԽՆԱՄԱԿԱԼԻ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ

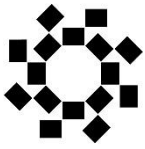
ԱՄՍԱԹԻՎ

ՄԻՋՆ ԳՐԱՄԵՆՅԱԿԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԵՆ ՀԱՄԵՐ. Պատասխանատվություն Ապահովագրական ծածկույթ չկա _____ %

Ապահովագրական ծածկույթից հետո _____ %

ՀԱՍՏԱՏՄԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎ՝ _____ Ոժժի մեջ է՝ _____ Դադարում է՝ _____

Գնահատողի ստորագրությունը՝ _____



ՀԻՎԱՆԴԻ ՀԱՍՏԱՏՈՒՄ

ՍՏՈՐԱԳՐԵՔ ՍՏՈՐԵՎ ԱՅՆ ԱՄԵՆԸ, ԻՆՉ ԿԱՐՈՂ Է ՎԵՐԱԲԵՐԵԼ ՁԵՐ ԻՐԱՎԻՃԱԿԻՆ՝

1. Ես հաստատում եմ, որ _____ ի դրությամբ ես եկամուտ ՉԵՄ ստացել:

ԱՄՍԱԹԻՎ

(Հիվանդ / Պատասխանատու կողմ)

Հարաբերություններ

ԱՄՍԱԹԻՎ

2. Ես հաստատում եմ, որ ես ՉՈՒՆԵՄ ԱԿՏԻՎՆԵՐ (բանկային հաշիվներ, ավանդի վկայական և այլն) իմ կամ որևէ այլ անձի միջոցով:

(Հիվանդ / Պատասխանատու կողմ)

Հարաբերություններ

ԱՄՍԱԹԻՎ

3. Ես հաստատում եմ, որ ԱՆՕԹԵՎԱՆ եմ և ԱՆՕԹԵՎԱՆ եմ եղել սկսած _____

(Հիվանդ / Պատասխանատու կողմ)

Հարաբերություններ

ԱՄՍԱԹԻՎ

4. Ես հաստատում եմ, որ ես իմ կամ որևէ այլ կողմի միջոցով ՉՈՒՆԵՄ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ ծածկելու իմ հաշիվների չմարված գումարը:

(Հիվանդ / Պատասխանատու կողմ)

Հարաբերություններ

ԱՄՍԱԹԻՎ

ԲՆԱԿՈՒԹՅԱՆ ՎԱՅՐԻ ՀԱՍՏԱՏՈՒՄԸ ՊԵՏՔ Է ՍՏՈՐԱԳՐՎԱԾ ԼԻՆԻ ՀԻՎԱՆԴԻ/ՊԱՏԱՍԽԱՆԱՏՈՒ ԱՆՁԻ ԿՈՂՄԻՑ

5. ԵՍ ՀԱՍՏԱՏՈՒՄ ԵՄ, ՈՐ ԵՍ ՆՅՈՒ ՋԵՐՍԻԻ ԲՆԱԿԻՉ ԵՄ ԿԱՍ ԵՂԵԼ ԴՐԱ ԲՆԱԿԻՉ ԱՅՆ ՊԱՅԻՆ, ԵՐԲ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՍՏԱՑԵԼ ԵՄ, ԵՎ ՈՐ ԵՍ ՄՏԱԴԻՐ ԵՄ ՄՆԱԸ ՆՅՈՒ ՋԵՐՍԻԻ ԲՆԱԿԻՉ:

(Հիվանդ / Պատասխանատու կողմ)

Հարաբերություններ

ԱՄՍԱԹԻՎ

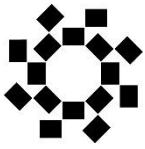
6. ԵՍ ՀԱՍՏԱՏՈՒՄ ԵՄ, ՈՐ ԱՅՍ ՀԱՍՏԱՏՄԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԸ ՏՐՎԱԾ ԲՈԼՈՐ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՃՇՄԱՐԻՏ ԵՆ, ԱՄԲՈՂՋԱԿԱՆ և ՃՇԳՐԻՏ, ՈՐՔԱՆ ԵՍ ԳԻՏԵՄ:

(Հիվանդ / Պատասխանատու կողմ)

Հարաբերություններ

ԱՄՍԱԹԻՎ

Վերանայող՝ _____



ԱՍՈՒՄՆՈՒ ԿԱՄ ԿՆՈՋ ՀԱՍՏԱՏՈՒՄ

ՍՏՈՐԵՎ ՍՏՈՐԱԳՐԵՔ ՄԻԱՅՆ ԱՅՆ, ԻՆՉԸ ԿԱՐՈՂ Է ՎԵՐԱԲԵՐԵԼ ՁԵՐ ԻՐԱՎԻՃԱԿԻՆ.

1. Ես հաստատում եմ, որ _____ ի դրությամբ ես եկամուտ ՉԵՄ ստացել:

ԱՄՍԱԹԻՎ

(Ամուսին/կին / Պատասխանատու կողմ)

Հարաբերություններ

ԱՄՍԱԹԻՎ

2. Ես հաստատում եմ, որ ես ՉՈՒՆԵՄ ԱԿՏԻՎՆԵՐ (բանկային հաշիվներ, ավանդի վկայական և այլն) իմ կամ որևէ այլ անձի միջոցով:

(Ամուսին/կին / Պատասխանատու կողմ)

Հարաբերություններ

ԱՄՍԱԹԻՎ

3. Ես հաստատում եմ, որ ԱՆՕԹԵՎԱՆ եմ և ԱՆՕԹԵՎԱՆ եմ եղել սկսած _____

(Ամուսին/կին / Պատասխանատու կողմ)

Հարաբերություններ

ԱՄՍԱԹԻՎ

4. Ես հաստատում եմ, որ ես իմ կամ որևէ այլ կողմի միջոցով ՉՈՒՆԵՄ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ ծածկելու իմ հաշիվների չմարված գումարը:

(Ամուսին/կին / Պատասխանատու կողմ)

Հարաբերություններ

ԱՄՍԱԹԻՎ

ԲՆԱԿՈՒԹՅԱՆ ՎԱՅՐԻ ՀԱՍՏԱՏՈՒՄԸ ՊԵՏՔ Է ՍՏՈՐԱԳՐՎԱԾ ԼԻՆԻ ՀԻՎԱՆԴԻ/ՊԱՏԱՍԽԱՆԱՏՈՒ ԱՆԶԻ ԿՈՂՄԻՑ

5. ԵՍ ՀԱՍՏԱՏՈՒՄ ԵՄ, ՈՐ ԵՍ ՆՅՈՒ ՁԵՐՍԻԻ ԲՆԱԿԻՉ ԵՄ ԿԱՄ ԵՂԵԼ ԴՐԱ ԲՆԱԿԻՉ ԱՅՆ ՊԱՀԻՆ, ԵՐԲ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՍՏԱՅԵԼ ԵՄ, ԵՎ ՈՐ ԵՍ ՄՏԱԴԻՐ ԵՄ ՄԼԱԼ ՆՅՈՒ ՁԵՐՍԻԻ ԲՆԱԿԻՉ:

(Ամուսին/կին / Պատասխանատու կողմ)

Հարաբերություններ

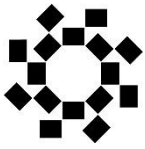
ԱՄՍԱԹԻՎ

6. ԵՍ ՀԱՍՏԱՏՈՒՄ ԵՄ, ՈՐ ԱՅՍ ՀԱՍՏԱՏՄԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ՏՐՎԱԾ ԲՈԼՈՐ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՃՇՄԱՐԻՑ ԵՆ, ԱՄԲՈՂՋԱԿԱՆ ԵՎ ՃՇԳՐԻՑ, ՈՐՔԱՆ ԵՍ ԳԻՏԵՄ:

(Ամուսին/կին / Պատասխանատու կողմ)

Հարաբերություններ

ԱՄՍԱԹԻՎ



ԱԶԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ՆԱՄԱԿ

Հիվանդ՝ _____

ԱՄՍԱԹԻՎ՝ _____

ԾՆՆԴՅԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎ՝ _____

ԾԱՌԱՅՈՒԹՅԱՆ ՄԿՁԲՆԱԿԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎ՝ _____

ԼՐԱՑՎՈՒՄ Է ՀԻՎԱՆԴԻՆ ԱԶԱԿՑՈՒԹՅՈՒՆ ՅՈՒՑԱԲԵՐՈՂ ԱՆՁԻ ԿՈՂՄԻՑ: ՁԻ ՆԵՐԱՌՈՒՄ ՁԵՁ ՀԵՏ ԱՊՐՈՂ ԱՄՈՒՄՆՈՒՆ:

Ես հավաստում եմ, որ ստորև թվարկված տեղեկությունները ճշմարիտ են և ճիշտ: Ես լիովին հասկանում եմ, որ կեղծ տեղեկություններ տրամադրելը կամ պահանջվող ամբողջական տեղեկատվությունը չտրամադրելը կարող է խարդախության հիմք հանդիսանալ, և Hackensack Meridian Health-ը կարող է ձեռնարկել համապատասխան իրավական գործողություններ: Ես նաև հասկանում եմ, որ ես անձամբ պատասխանատվություն կկրեմ, եթե տեղեկատվությունը կեղծված է, թերի կամ որևէ կերպ ապակողմնորոշիչ է:

Նշեք ստորև այն ամենը, ինչը կիրառվում է.

- Վերոնշյալ անձը ապրում է ինձ հետ և ապրել է սկսած (ամսաթիվ)՝ _____
- Վերոնշյալ անձը մատուցող ծառայության ժամանակ եղել է Նյու Ջերսիի բնակիչ, այլ նահանգում կամ շրջանում բնակություն չունի և մտադիր է մնալ Նյու Ջերսիի նահանգում:
- Վերոնշյալ անձը չունի որևէ տեսակի բժշկական ապահովագրություն, ներառյալ Medicaid-ը կամ Medicare-ը:
- Վերոնշյալ անձը ներկայումս գործազուրկ է և գործազուրկ է եղել վերը նշված ծառայության ամսաթվից առնվազն մեկ ամիս առաջ:
- Վերոնշյալ անձը չի ստանում գործազրկության կամ այլ տեսակի նպաստ (հաշմանդամություն, ապահովության լրացուցիչ եկամուտ (SSI), սոցիալական ապահովություն և այլն)
- Վերը նշված անձին տրամադրում եմ սնունդ և ապաստան:
- Վերոնշյալ անձին տրամադրում եմ կանխիկ գումար՝ ամսական _____ ԱՄՆ դոլարի չափով:
- Վերոնշյալ անձը չի ապրում ինձ հետ, բայց ես տրամադրում եմ աջակցություն հետևյալ ձևով՝

_____ :

Ձեր հարաբերությունները վերը նշված անձի հետ _____

Ստորագրություն _____

Հասցե՝ _____

(Քաղաք)

(Նահանգ)

(Փոստային դասիչ)

Հեռախոսահամար: _____