



Սոնոմա Վելի Հոսփիթալ – Ֆինանսական Աջակցության Դիմում

(Բարեգործական Խնամք և Ձեռչված Վճարում / Վճարման Ծրագրեր)

ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ՀՈՍՓԻԹԱԼԱՅԻՆ ՀԱՇՎԸ ՎՃԱՐԵԼՈՒ ՀԱՄԱՐ

Սոնոմա Վելի Հոսփիթալը տրամադրում է ֆինանսական աջակցություն այն հիվանդներին, ովքեր չեն կարող վճարել բժշկականորեն անհրաժեշտ հոսփիթալային ծառայությունների համար: **Օգնությունը հասանելի է ԲՈԼՈՐԻՆ՝ անկախ ներգաղթային կարգավիճակից:**

Խնդրում ենք նշել, թե որ ծրագրի համար եք դիմում.

- ☐ Բարեգործական Խնամք (Անվճար Խնամք – 100% զիջում)
- ☐ Ձեռչված Վճարում / Վճարման Ծրագիր

Նշում. Հիվանդները կարող են դիմել երկու ծրագրերին էլ, եթե համապատասխանում են պահանջներին: Յուրաքանչյուր ծրագիր ունի առանձին համապատասխանության և փաստաթղթերի պահանջներ:

ՀԻՎԱՆՂԻ ՏՎՅԱԼՆԵՐ

Հիվանդի անուն, ազգանուն: _____
Հաշվի համար(ներ): _____
Բժշկական գրանցման համար (MRN): _____
Պատասխանատու վճարողի համար (եթե կիրառելի է): _____
Հասցե: _____
Քաղաք / Նահանգ / Փոստային կոդ: _____
Հեռախոսահամար: _____

ԸՆՏԱՆԵԿԱՆ ՏՎՅԱԼՆԵՐ

Ընտանիքի անդամների թիվը: _____
(Ներառեք Ձեզ, ամուսնուն/կենսաընկերոջը և հարկային կախված երեխաներին)

Խնդրում ենք նշել վերջին հարկային հայտարարագրում նշված կախված անձանց:

Անուն Տարիք Հարաբերություն		
_____	_____	_____
_____	_____	_____

(Անհրաժեշտության դեպքում կցեք լրացուցիչ էջեր:)

ԱՇԽԱՏԱՆՔԱՅԻՆ ՏՎՅԱԼՆԵՐ

Հիվանդի գործատու: _____
Պաշտոն: _____

Ամուսնու / կենսընկերոջ գործատու: _____
Պաշտոն: _____

ԸՆՏԱՆԵԿԱՆ ԵԿԱՄՏԻ ՏՎՅԱԼՆԵՐ

Խնդրում ենք նշել ընտանիքի բոլոր չափահաս անդամների ներկայիս ամսական համախառն եկամուտը:

- Աշխատավարձ / աշխատավճար: _____
- Ինքնագրավածություն / քիզնես եկամուտ: _____
- Սոցիալական ապահովություն / հաշմանդամություն / կենսաթոշակ: _____
- Այլ եկամուտ (նշել): _____

Ընտանիքի ընդհանուր ամսական եկամուտը: _____

ՊԱՀԱՆՋՎՈՂ ՓԱՍՏԱԹՂԹԵՐ

Բարեգործական խնամքի դիմորդների համար.

- Խնդրում ենք տրամադրել հետևյալ փաստաթղթերից մեկը ընտանիքի բոլոր չափահաս անդամների համար.
 - o Վերջին աշխատավարձի կտրոններ (առաջին հաշվի ամսաթվից առաջ կամ հետո 6 ամսվա ընթացքում)
 - o Վերջին դաշնային հարկային հայտարարագիր (առաջին հաշվի տարվա կամ նախորդ 12 ամիսների ընթացքում)
 - o Ստորագրված հայտարարություն՝ ընտանիքի ֆինանսական աջակցության աղբյուրների մասին (եթե հարկային հայտարարագիր չի ներկայացվել)

Չեղչված վճարման դիմորդների համար.

- Խնդրում ենք տրամադրել հետևյալ փաստաթղթերից մեկը ընտանիքի բոլոր չափահաս անդամների համար.
 - o Վերջին աշխատավարձի կտրոններ (առաջին հաշվի ամսաթվից առաջ կամ հետո 6 ամսվա ընթացքում)

օ Վերջին դաշնային հարկային հայտարարագիր (առաջին հաշվի տարվա կամ նախորդ 12 ամիսների ընթացքում)

• Հոսփիրթալը չի պահանջի մի քանի փաստաթուղթ, եթե դա անհրաժեշտ չէ հակասական տեղեկատվությունը պարզաբանելու համար:

ՎՃԱՐՄԱՆ ԾՐԱԳՐԻ ՏՎՅԱԼՆԵՐ

(Միայն զեղչված վճարման ծրագրի համար)

- Հոսփիրթալը կքննարկի վճարման ծրագրի պայմանները՝ հաշվի առնելով ընտանիքի եկամուտը և կենսական ծախսերը:
- Եթե համաձայնության հնարավոր չլինի հասնել, կառաջարկվի ողջամիտ վճարման ծրագիր, որի դեպքում ամսական վճարումները **չեն գերազանցի ընտանիքի ամսական եկամտի 10%-ը** (առանց կենսական ծախսերի):

ՀԱՎԱՍՏՈՒՄ

Ես հավաստում եմ, որ տրամադրված տեղեկությունները ամբողջական և ճշգրիտ են: Ես հասկանում եմ, որ Սոնոմա Վելի Հոսփիրթալը կարող է պահանջել լրացուցիչ փաստաթղթեր՝ համապատասխանությունը որոշելու համար: Այս դիմումի ներկայացումը չի երաշխավորում հաստատում:

Հիվանդի կամ պատասխանատու վճարողի ստորագրություն: _____

Ամսաթիվ: _____

Ամուսնու / կենսընկերոջ ստորագրություն: _____

Ամսաթիվ: _____

ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՄ

Սոնոմա Վելի Հոսփիրթալ – Հիվանդների Հաշվառում / Ֆինանսական Աջակցություն
347 Andrieux Street
Sonoma, CA 95476

Հեռախոս: 707-935-5325 | Ֆաքս: 707-935-5319