

Ամսաթիվ՝ _____

Յաջիվ(ներ) _____

Յարգելի բուժառու՝ _____

Enloe Health-ը պարտավորվում է տրամադրել ֆինանսական օգնություն առողջապահական ապահովագրություն չունեցող բուժառուներին և բարձր բժշկական ծախսերով ապահովագրված բուժառուներին՝ վճարելով անհրաժեշտ բժշկական խնամքի համար: Այնուամենայնիվ, մենք հասկանում ենք, որ առողջապահական ծառայությունները չպետք է աղետալի բեռ ներկայացնեն ապահովագրված բուժառուների և բժշկական բարձր ծախսեր ունեցող ընտանիքների համար:

Դուք նշել եք, որ Enloe Health-ում վերջերս ստացած ծառայությունների համար վճարելը Ձեզ համար ֆինանսական դժվարություն է: Ֆինանսական օգնությունը սահմանափակ է, և որպեսզի որոշենք, թե ով է համապատասխանում, մեր քաղաքականությունն է գնահատել Ձեր եկամուտը դաշնային եկամտի ուղեցույցների համեմատ: Եթե Դուք ունեք առողջության ապահովագրություն, մենք կիրառում ենք լրացուցիչ չափանիշներ, որոնք որոշում են՝ արդյոք իրավասու եք ստանալ լիարժեք կամ մասնակի ֆինանսական օգնություն՝ բժշկական բարձր ծախսերի պատճառով: Մեր գնահատումն ավարտելու համար մենք պահանջում ենք, որ Դուք ներկայացնեք կից դիմումը և վերադարձնեք այն հետևյալ կետերով.

ՊԱՅԱՆՁՎՈՂ ՓԱՍՏԱԹՂԹԵՐ.

1. Լրացրեք **Գաղտնի ֆինանսական հաշվետվության (կցված)** երկու կողմերը
2. Ներառեք Medi-Cal ծրագրի ցանկացած մերժման նամակի/հայտարարության պատճենը (եթե կիրառելի է)
3. Ներառեք Ձեր վերջին բանկային քաղվածքի պատճենը, անդորրագիրը և խնայողությունները, բոլոր էջերը:
4. Եթե ունեք դրամական շուկայի հաշիվներ, բաժնետոմսեր կամ եկամտի սեփականություն, բացի Ձեր հիմնական բնակավայրից, մենք պետք է տեսնենք յուրաքանչյուր հաշվի քաղվածք:
Խնդրում ենք հաշվի առնել. Որակավորված կենսաթոշակային ծրագրերը ներառված չեն, երբ մենք հաշվարկում ենք եկամուտը:
5. Եթե աշխատում եք, խնդրում ենք ներառել ընտանիքի յուրաքանչյուր անդամի վերջին երկու վճարման անդորրագրի պատճենը:
6. Եթե զբաղվածությունը ընդհատվող է, խնդրում ենք ներառել անցյալ տարվա հարկային հայտարարագրի պատճենը աշխատավարձի անդորրագրի փոխարեն:
7. Եթե ներկայումս չեք աշխատում, խնդրում ենք ներառել գործազրկության ապահովագրության, պետական հաշմանդամության կամ Սոցիալական անվտանգության ապացույց:
8. Եթե ապահովագրված եք բարձր բժշկական ծախսերով, խնդրում ենք տրամադրել բուժառուի պատասխանատվության ապացույց Enloe Health-ից բացի այլ բժշկական մատակարարների համար (եթե կիրառելի է):
9. Խնդրում ենք ներառել նամակ, որը բացատրում է Ձեր ֆինանսական վիճակը և թե ինչու չեք կարողանում վճարել Ձեր հաշիվը:
Ձեր անձնական նամակն օգնում է մեզ հասկանալ Ձեր իրավիճակը և թե ինչու է անհրաժեշտ ֆինանսական օգնությունը:

Լշում. Եթե ի վիճակի չեք տրամադրել որևէ պահանջվող տեղեկատվություն, խնդրում ենք դժվարության վերաբերյալ նամակում բացատրել, թե ինչու: Եթե պահանջվողի վերաբերյալ հարցեր ունեք, դիմեք հաճախորդների սպասարկման Ձեր ներկայացուցչին:

Բոլոր փաստաթղթերը պետք է ստացվեն այս նամակի օրվանից երկու շաբաթվա ընթացքում, հակառակ դեպքում Ձեր դիմումի ժամկետը կարող է ավարտվել:
Մենք կմշակենք ամբողջական դիմումները դրանք ստանալուց հետո 60 օրվա ընթացքում և կտեղեկացնենք Ձեզ մեր որոշման մասին:

Յարգանքներով՝

Բուժառուների ֆինանսական ծառայություններ
financialcounselors@enloe.org
530-332-6350

Գաղտնի ֆինանսական հաշվետվության և ֆինանսական աջակցության դիմում

Բուժառուի անունը _____

Հաշվի համար(ներ)ը _____ Ծառայության(ների) ամսաթիվը _____

Պատասխանատու Կողմ*

Անուն _____

Հասցե _____

Հեռախոս _____

ՀԾՀ _____

Գործատուի անունը _____

Գործատուի հասցեն _____

Գործատուի հեռախոսը _____

Ամուսին կամ տնային զուգընկեր

Անուն _____

Հասցե _____

Հեռախոս _____

ՀԾՀ _____

Գործատուի անունը _____

Գործատուի հասցեն _____

Գործատուի հեռախոսը _____

Ընտանեկան կարգավիճակը (առաջին շրջան).

Ամուսնալուծված

Այրի

Չամուսնացած

Ամուսնացած

Չուզընկեր

Միայնակ

Ընտանիքի մասին տեղեկություններ.

Խնդրում ենք նշել Ձեզ հետ ապրող բոլոր անձանց, ինչպես նաև 21 տարեկանից ցածր երեխաներին, անկախ նրանից՝ նրանք ապրում են Ձեզ հետ, թե ոչ:

| Անուն՝ | Տարիք՝ | Հարաբերությունը Ձեզ հետ՝ |
|----------|--------|--------------------------|
| 1. _____ | _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ | _____ |
| 3. _____ | _____ | _____ |
| 4. _____ | _____ | _____ |
| 5. _____ | _____ | _____ |
| 6. _____ | _____ | _____ |

Խնդրում ենք լրացնել մյուս կողմը:

Տնային տնտեսության ամսական եկամուտ

Համախառն ամսական եկամուտը աշխատավարձից. \$ _____ Վարձակալության եկամուտ. \$ _____
Հանրային աջակցություն/սննդի դրոշմանիշներ. \$ _____ Դրամաշնորհներ. \$ _____
Սոցիալական անվտանգություն. \$ _____ Աշխատողների փոխհատուցում. \$ _____
Գործազրկության փոխհատուցում. \$ _____ Այլ. \$ _____
Երեխայի աջակցություն/ալիմենտ. \$ _____

ԸՆԴԱՄԵՆԸ ԵՎԱՄՈՒՏ. \$ _____

Դրամական ակտիվներ

Խնայողություններ կամ դրամական շուկա. \$ _____ Բաժնետոմսերի արժեքը. \$ _____
Շահաբաժիններ. \$ _____ Տոկոսավճարներ. \$ _____
Հիմնական բնակավայրից բացի այլ սեփականություն. \$ _____ IRA-ներ. \$ _____
Այլ. \$ _____

ԸՆԴԱՄԵՆԸ ԱԿՏԻՎՆԵՐ. \$ _____

ԾԱԽՍԵՐ

Տան/վարձավճարի ամսական վճարում. \$ _____ Բժշկական/ատամնաբուժական. \$ _____
Բժշկական ապահով. Պրեմիում. \$ _____ Տրանսպորտ. \$ _____
Կոմունալ ծառայություններ/Տնային հեռախոս. \$ _____ Երեխայի խնամք/ուսում. \$ _____
Սնունդ/Տնային/Անձնական կարիքներ. \$ _____ Այլ. \$ _____
Երեխայի աջակցություն/ալիմենտ. \$ _____

ԸՆԴԱՄԵՆԸ ԾԱԽՍԵՐ. \$ _____

Ստորագրելով այս ձևը՝ ես լիազորում եմ Enloe Health-ին ստուգել ցանկացած և բոլոր տեղեկությունները, ներառյալ վարկային հաշվետվությունը, եկամուտը և դրամական ակտիվները: Ես հասկանում եմ, որ ինձնից կարող է պահանջվել տրամադրել պահանջվող տեղեկատվության ապացույց: Բացի այդ, ես հավաստում եմ, որ այս դիմումում արված բոլոր հայտարարությունները ճշմարիտ են և ամբողջական՝ իմ իմացության չափով: Եթե որոշվի, որ իմ տրամադրած տեղեկատվությունը թերի է կամ կեղծ, ապա իմ հաշվից ցանկացած գեղչ կարող է չեղարկվել, և ինձնից կարող է ակնկալվել ամբողջական վճարում:

Եթե ես վճարում եմ ստանում ապահովագրական ընկերությունից, աշխատողի փոխհատուցում կամ որևէ երրորդ կողմից, ես համաձայն եմ տեղեկացնել Enloe Health-ին սման վճարման մասին: Ես հասկանում եմ, որ հիվանդանոցը պահպանում է իր իրավունքը՝ գանձելու բնօրինակ, լրիվ գանձված վճարները, եթե երրորդ կողմը ամբողջությամբ կամ մասնակի վճարի Enloe Health-ի ծառայությունների համար:

Բուժառուի կամ օրինական խնամակալի ստորագրությունը _____ Ամսաթիվ _____

Ամուսնու կամ տնային զուգընկերոջ ստորագրությունը _____ Ամսաթիվ _____

**Այս փաստաթուղթը պետք է լրացվի բուժառուի օրինական խնամակալների կողմից, եթե բուժառուս անչափահաս է:*

***Կան սպառողների շահերի պաշտպանությամբ զբաղվող անվճար կազմակերպություններ, որոնք կօգնեն Ձեզ հասկանալ հաշվարկների և վճարման գործընթացը:
Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարող եք գանգահարել Առողջապահության սպառողների դաշինք (Health Consumer Alliance)՝ 888-804-3536 կամ այցելել՝ www.healthconsumer.org:*