



## Անվճար ու նակ խնամքի դիմում

ՄԱՍ I.- ԸՆՏԱՆՔԻ/ԵՐԱՇԽԱՎՈՐՈՂԻ ՏԵՂԵԿ.		ՄԱՍ IV.- ՈՉ ԴՅՈՒՐԻՐԱՑ ՈՒՆԵՑՎԱԾՔ				
Քանի՞ անձ կա ընտանիքում		Մակնիշ	Տարին	Պարտքը	Ամսե-վճար	Արժեք
21-ից ցած խնամքի տակ		Ավտո 1				\$ _____
Երաշխավորողի անունը		Ավտո 2				\$ _____
Հիվանդի հետ Կապը :		Այլ				\$ _____
Քաղաքացիություն		Ընդհանուր				
		Բնակարանի տե՞րն եք թե՞ վարձում եք		<input type="checkbox"/> Տերք	<input type="checkbox"/> Վարձ .	
ՄԱՍ II.- ԱՄՍԱԿԱՆ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԵԿԱՄՈՒՏ		Այլ անշարժ գույք ունե՞ք		<input type="checkbox"/> Այո	<input type="checkbox"/> Ոչ	
Մայրը .		Հասցեն/Վայրը .				
<input type="checkbox"/> Աշխատանք	\$ _____			Արժեք	Պարտք	Կապիտալ
<input type="checkbox"/> Հաշմանդ. Նպաստ	\$ _____					
<input type="checkbox"/> Գրծգրկ. Նպաստ	\$ _____					
<input type="checkbox"/> Թոշակ	\$ _____	Այլ գույք				
<input type="checkbox"/> Մեդիքալ Medi-cal	\$ _____	<b>ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՈՉ ԴՅՈՒՐԻՐԱՑ ՈՒՆԵՑՎԱԾՔ:</b>				\$ _____
<input type="checkbox"/> Այլ .	\$ _____					
Հայրը .		ՄԱՍ V.- ԱՄԵՆԱՄՅԱ ԾԱԽԵՐ				
<input type="checkbox"/> Աշխատանք	\$ _____		Մայրը	Հայրը		
<input type="checkbox"/> Հաշմանդ. Նպաստ	\$ _____	Ալիմենտ (չփիսիկ/կամ երեխայի)	\$ _____	\$ _____		
<input type="checkbox"/> Գրծգրկ. Նպաստ	\$ _____	Երեխ. խնամքի ծախս	\$ _____	\$ _____		
<input type="checkbox"/> Թոշակ	\$ _____	Առողջ. Ապահ. Հավելված	\$ _____	\$ _____		
<input type="checkbox"/> Մեդիքալ Medi-cal	\$ _____	Աշխտ. Ծախս (յուրաքանչեք անձամբ նախաճաշ \$75)	\$ _____	\$ _____		
<input type="checkbox"/> Այլ .	\$ _____	Առողջափիկն ծախսեր	\$ _____	\$ _____		
<b>ԸՆԴ. ԵԿԱՄՈՒՏ.</b>	\$ _____	Վարկային/վարկաքարտ վճարումներ	\$ _____	\$ _____		
		Անունը .	\$ _____	\$ _____		
		Անունը .	\$ _____	\$ _____		
ՄԱՍ III.- ԴՅՈՒՐԻՐԱՑ ՈՒՆԵՑՎԱԾՔ		Անունը .	\$ _____	\$ _____		
Ընթացիկ հաշիվ #	\$ _____	MasterCard-ի վարկաչափ	\$ _____	\$ _____		
Բանկի անունը .		Visa-ի վարկաչափ	\$ _____	\$ _____		
Մասնաճյուղ .		<b>ԸՆԴ. Ծախսեր</b>		\$ _____	\$ _____	
Խնայ. հաշիվ #:	\$ _____					
Բանկի անունը .		ՊԱՅԱՆՋՎՈՂ ՓԱՍՏԱԹՂԹԵՐ.				
Մասնաճյուղ .		<input type="checkbox"/> Վերջին տարվա հարկերի հայտար. Կամ 3 ամսվա աշխտվածի կտրոններ				
Այլ .	\$ _____	<input type="checkbox"/> Բանկային հաշիվների քաղվածքներ (2 ամսվա)				
Բացատրություն		<input type="checkbox"/> Վարձի ստացագիր կամ անշ. գույքի վճարումներ (3 ամսվա)				
<b>ԸՆԴ. Դյուրիք. Ունեցվածք:</b>	\$ _____	<input type="checkbox"/> Այլ . (բացատրեք)				

ՆՊԱՍԱԿԸ. Այս տեղեկությունը կօգնի պարզելու թե արդյոք կարող եք վճարել Children's Hospital LA-ի ծառայությունների համար, կամ արդյոք ձեզ հասանելի է առողջապահական աջակցության ծրագիր: Այս տեղեկությունը Մեդիքալի (Medi-cal), California Children's Services, County Medically Indigent Services Program ծրագրերի կամ շրջանի որևէ այլ օգնության ծրագրի դիմում **ԶԷ: ԱՅԴՊԻՍԻ ԾՐԱԳՐԵՐԻ ԴԻՄԵԼՈՒ ԶԱՄԱՐ ԿԱՊԵԿԵԶ ԶԵՐ ԾՐՁԱՆԻ ՍՈՑԻԱԼ ԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԳՐԱՍԵՆՅԱԿԻՆ:**

Հավաստիացնում եմ, որ վերոնշյալ տեղեկությունը ամբողջական է և ճշգրիտ: Հասկանում եմ, որ հիվանդանոցը իրավունք ունի ճշտելու ամբողջ տեղեկությունը: Համաձայն եմ, որ իմ ֆինանսական տեղեկության որևէ փոփոխության դեպքում 10 օրվա ընթացքում տեղեկացնեմ Հիվանդի Բիզնես Ծառայության գրասենյակին (Patient Business Services):



# Անվճար ու նակ խնամքի դիմում

---

Ծնողի /խնամակալի ստորագրություն

---

Ամսաթիվ

---

Վկա/Թարգմանիչ

---

Հիվանդանոցի ներկայացուցիչ