

ՄԱՍՆԱԿՅՈՒԹՅԱՆ ԴԻՄՈՒՄ
(շարունակություն)

ԲԱԺԻՆ III – Եկամտի չափանիշներ

Երբ որոշվում է հիվանդանոցային խնամքի համար աջակցության իրավունակությունը, կնոջ/ամուսնու եկամուտն ու ակտիվները պետք է օգտագործվեն անչափահաս երեխային համար: Այս դիմումին պետք է կցված լինի եկամտի ապագույց:

Եկամուտը հիմնված է ծառայությանը նախորդող կամ տասներկու ամսվա, կամ երեք ամսվա, կամ մեկ ամսվա հաշվարկը:

Հիվանդի / Ընտանիքի գուտ եկամուտը հավասար է հետևյալներից ամենաբիշին՝

Վերջին 12 ամիս		Վերջին 3 ամիս x4		Վերջին 1 ամիս X12
	կամ		կամ	

18. ԵԿԱՄՏԻ ԱՂԲՅՈՒՐՆԵՐԸ

Շարաթական Ամսեկան Տարեկան

- A. Աշխատավարձ նախքան պահումները _____
- B. Հանրային աջակցություն _____
- C. Սոցիալական ապահովության նպաստներ _____
- D. Գործազրկություն և Աշխատողների Վնասի Փոխհատուցում _____
- E. Վետերանի Նպաստներ _____
- F. Ալիմենտ / Երեխայի աջակցություն _____
- G. Իրենց դրամական աջակցություն _____
- H. Թոշակային վճարումներ _____
- I. Ապահովագրական կամ Ամենամյա Վճարումներ _____
- J. Շահաբաժիններ / Տոկոսաբաժիններ _____
- K. Վարձակալության Եկամուտ _____
- L. Բիզնեսից գուտ եկամուտ (ինքնագրադ/ հաստատված Անկախ աղբյուրի կողմից) _____
- M. Այլ (գործադուլային նպաստներ, վերապատրաստման կրթաթոշակներ, զինվորական ընտանիքի հատկացումներ, եկամուտներ գույքերից և թրաստներից) _____
- N. Ընդամենը _____

ԲԱԺԻՆ IV – Վկայագրում դիմողի կողմից

Ես հասկանում եմ, որ իմ ներկայացրած տեղեկությունները կենթարկվեն ստուգման համապատասխան առողջապահական խնամքի հաստատության և դաշնային կամ նահանգային կառավարությունների կողմից: Այս փաստերի միտումնավոր խեղաթյուրումը ինձ պատասխանատու է դարձնում հիվանդանոցային բոլոր ծախսերի համար և ենթարկա է քաղաքացիական տույժի:

Եթե դա պահանջվի առողջապահական խնամքի հաստատության կողմից, ես կդիմեմ պետական կամ մասնավոր բժշկական աջակցության համար՝ հիվանդանոցային հաշվի վճարման նպատակով:



Hackensack
Meridian Health
Pascack Valley
Medical Center

Ես վկայում եմ, որ իմ ընտանիքի չափի, եկամտի մասին վերոհիշյալ տեղեկությունները ճիշտ և ճշգրիտ են:

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

19. Հիվանդի կամ Երաշխավորի Ստորագրությունը

20. Ամսաթիվ

Հիվանդի Առաջնային Հաստատում

Հիվանդի Անունը՝ _____

Հաշվի Համարը՝ _____

Ծառայության Անսաթիվը՝ _____

Հասցե՝ _____

Խնդրում ենք գրել Սկզբնատառերը

_____ Ես և/կամ իմ ամուսինը/կինը վկայագրում եմ, որ որևէ եկամուտ չունեմ ___ / ___ / ___ մինչև
և չեմ ունեցել եկամուտ՝ սկսած ___ / ___ / ___

_____ Ես և/կամ իմ ամուսինը/կինը վկայագրում եմ, որ ոչևէ եկամուտ չունեմ, ինչպես նշված է
բարեգործական խնամքի դիմումի մեջ:

_____ Ես և/կամ իմ ամուսինը/կինը վկայագրում եմ, որ անօթևան եմ և անօթևան եմ եղել՝ սկսած
___ / ___ / ___

_____ Ես և/կամ իմ ամուսինը/կինը վկայագրում եմ, որ ես/մենք չունեմ բժշկական
ապահովագրություն, որպեսզի վճարեմ իմ հիվանդանոցային ծառայությունների չվճարված
գումարը:

_____ Ես վկայում եմ, որ իմ անունն է _____ : Ես չեմ կարող տրամադրել

ինքնության ապացույց, քանի որ՝ _____
(Նշեք Պատճառը)

_____ Ես և/կամ իմ ամուսինը/կինը վկայագրում եմ, որ եկամուտ ունեմ/ունենք: Մեր գույք/կանխիկ
եկամուտը կազմում է \$ _____ և մենք վճարվում ենք _____ կտրվածքով:
հաճախականություն

_____ Ես և/կամ իմ ամուսինը/կինը վկայագրում եմ, որ, վերոհիշյալ ծառայության օրվա դրությամբ,
ակտիվներ ունեմ հետևյալ գումարի չափով՝ \$ _____:

_____ Ես և/կամ իմ ամուսինը/կինը վկայագրում եմ, որ Նյու Ջերզիի բնակիչ եմ և մտադիր եմ
շարունակել մնալ Նյու Ջերզիի բնակիչ:

Բնակության հասցե՝ _____

_____ Ես վկայում եմ, որ պահանջ չեմ ներկայացրել և մտադիր չեմ պահանջ ներկայացնել որևէ երրորդ
կողմի հանդեպ, որտեղ ես ակնկալում եմ ամբողջությամբ կամ մասնակի վճար ստանալ այն
բժշկական ծառայությունների համար, որոնց վերաբերում է այս դիմումը (ներառյալ, առանց
սահմանափակումների՝ պահանջներ Ձեր անմեղության դեպքում, աշխատողների



Hackensack
Meridian Health
Pascack Valley
Medical Center

փոխհատուցում, տան տերերի, բավարար չապահովագրված կամ չապահովագրված վարարդի ապահովագրության նպաստներ և վնասի դիմաց պահանջներ): Ես հասկանում և համաձայնում եմ, որ, եթե նման որևէ պահանջ ներկայացվի, Hackensack Meridian Health Pascack Valley Medical Center-ը կարող է հրաժարվել իր բարեգործական խնամքից և ինձանից պահանջել բոլոր ծախսերի վճարումը: Ես նաև համաձայն եմ տեղեկացնել Hackensack Meridian Health Pascack Valley Medical Center-ին, երբ պահանջ ներկայացնեմ:

Հիվանդի ստորագրություն

Տպագիր անուն

Ամսաթիվ