

Ֆինանսական օգնության դիմում

Անունը՝		Հաշվի համարը՝
Հասցեն՝		
Քաղաքը՝	Նահանգը՝	Փոստային ինդեքսը՝
Հեռախոսը՝		Սոցիալական ապահովության համարը (SSN) (վերջին 4 թվանշանները)՝

ՏՎՅԱԼՆԵՐ ԸՆՏԱՆԻՔԻ ԱՆԴԱՄՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ. Խնդրում ենք թվարկել տան բոլոր անդամներին, ներառյալ հիվանդը, կողակիցը և 18 տարին չբոլորած որևէ կենսաբանական/օրինականորեն որդեգրված երեխա:

Անուն և ազգանուն	Կապը հիվանդի հետ	Տարիք/Ծննդյան ամսաթիվ	Ծառայության ամսաթվին նախորդած 3 ամիսների ընդհանուր համախառն եկամուտը	Ծառայության ամսաթվին նախորդած 12 ամիսների ընդհանուր համախառն եկամուտը
	Ես ինքս			

Եթե եկամուտ չունեք, ի՞նչ աջակցություն եք ստանում

Ծառայության ամսաթվին ունեի՞ք առողջական ապահովագրություն: ☐ Ոչ ☐ Այո (Ներկայացրեք քարտի պատճենը դիմումի հետ)

Ձեր տան անդամներից որևէ մեկն ունի՞ վճարագրային կամ խնայողական հաշիվ ☐ Ոչ ☐ Այո (Արժեքը _____)

Ձեր տան անդամներից որևէ մեկն ունի՞ որևէ ունեցվածք (ակտիվ) ☐ Ոչ ☐ Այո (Տեսակը/Արժեքը՝ _____)

Վերը նշված **Եկամտի/Ունեցվածքի** համար, պարտավոր եք տան անդամներից յուրաքանչյուրի համար ներկայացնել հետևյալը.

- ☐ Չբաղվածություն = Ծառայության ամսաթվին նախորդած շրջանի 3 կամ 12 ամիսների համախառն եկամուտը ցույց տվող աշխատավարձի կտրոններ
- ☐ Ինքնազբաղվածություն = Վերջերս հանձնված լրիվ հարկային ձևերը, ներառյալ C ցուցակը (Schedule C)
- ☐ Սոցիալական ապահովություն/Կենսաթոշակ/Անաշխատունակություն = Նպաստի նորագույն նամակը
- ☐ Այլ = Որևէ այլ եկամտի ապացույց (գործազրկության նպաստներ, շահութաբաժիններ, տոկոսներ, վարձակալության եկամուտ, և այլն)
- ☐ Վճարագրային/խնայողական հաշիվներ = Ընթացիկ 30-օրյա հաշվետվություն յուրաքանչյուր հաշվի համար

Այս փաստաթուղթը ստորագրելով՝

Ես հաստատում եմ, որ այս դիմումի բոլոր պատասխանները ճշմարիտ են: Եթե հետագա վերանայման արդյունքում բացահայտվի, որ ներկայացված տեղեկություններից որևէ մեկը կեղծ է, ֆինանսական օգնություն մատուցելու որոշումը կարող է թեկանվել, և հաշիվ կուղարկվի պատասխանատու կողմին:

Ես հասկանում եմ, որ իմ ներկայացրած տեղեկությունները ենթակա են ստուգման և վերանայման դաշնային և/կամ նահանգային գործակալությունների և այլոց կողմից՝ ըստ պահանջի:

Հիվանդի ստորագրությունը՝ _____ Ամսաթիվը՝ _____

Խնդրում ենք լրացված դիմումներն ուղարկել այս հասցեով՝

ardentfinancialassistance@ensemblehp.com

Ֆաքս՝ 806-212-9006