

ՉՎՃԱՐՎՈՂ ԽՆԱՄՔԻ ԴԻՄՈՒՄ

Բուժառուի անունը (ազգանուն, անուն, միջնանվան առաջին տառը)	Սոցիալական ապահովության համար	Ծննդյան ամսաթիվ	
Հասցե	Քաղաք	Նահանգ	Փոստային դասիչ
Տան հեռախոսահամար	Բջջային հեռախոսահամար		
Գործատուի անունը և հասցեն	Աշխատանքային հեռախոսահամար ()		

ՆՇԵՔ ՑԱՆԿԱՑԱԾ ԱՅԼ ԵԿԱՄՈՒՏ՝ ՍՏՈՐԵՎ		ԸՆՏԱՆՔԻ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԵԿԱՄՈՒՏԸ		
Ապահովության նպաստ \$	Գործազրկության նպաստ/ Հաշմանդամության նպաստ \$	Վերջին ամսում/ 4 շաբաթ x 13 \$	Վերջին 3 ամսում \$	Վերջին 12 ամսում \$
Սոցիալական ապահովություն \$	Աշխատողների փոխհատուցում \$	Տարեկան ընդհանուր եկամուտ \$	Ընտանիքի չափը Թվարկեր մերձավոր ազգականների անունները և ծննդյան ամսաթվերը	
Կենսաթոշակ \$	Ամուսնական ալիմենտ / Երեխայի խնամքի ալիմենտ \$			
Եկամուտ վարձակալությունից \$	Ցանկացած այլ եկամուտ \$			

ԹՎԱՐԿԵԼ ԲՈՒՈՐ ԱՎՏԻՎՆԵՐԸ				
Խնայողական հաշիվ \$	Ընթացիկ հաշիվ \$	Անուիտետներ/Կրթաթոշակներ/Դրամաշնորհներ \$	Ուղիղ փոխանցման հնարավորությամբ կանխավճարային դեբետային քարտ \$	
Անհատական կենսաթոշակային հաշիվ (Individual Retirement Account, IRA) կամ կենսաթոշակային հաշիվներ \$	Ակցիաներ / Պարտատոմսեր / Ավանդի վկայագրեր (Certificate of Deposit, CD) \$	Այլ ակտիվներ \$	Ընդհանուր ակտիվներ \$	
Medicaid-ի համար բացարձակ ոչ իրավասու են		_____ Բարձր եկամուտ ունեցողները _____ Ոչ անաշխատունակները	_____ Ոչ իրավասու օտարերկրացիները _____ Medicaid-ին չհամապատասխանողները	

ԱՄՆ-ում և/կամ այլ երկրում անշարժ գույքի արժեքը (եթե այլ է, քան ձեր այն ընտանեկան տունը, որտեղ բնակվում եք) \$ _____

Առողջության ապահովագրության տրամադրողի անվանումը	Ապահովագրական պայմանագրի համար	Խումբ համար	
Ապահովագրության հասցե	Քաղաք	Նահանգ	Փոստային դասիչ
Ապահովագրության կողմից վճարված հաշվի գումարը	Ապահովագրության կողմից չվճարված գումարը	Ծառայության ամսաթիվ	

Ես հավաստում եմ, որ վերը նշված տեղեկատվությունը ճշմարիտ է և ճշգրիտ՝ ըստ իմ լավագույն գիտելիքների: Ավելին՝ ես կդիմեմ -ին ցանկացած օգնության համար (Medicaid, Medicare, ապահովագրություն և այլն): որը կարող է հասանելի լինել իմ հիվանդանոցային վճարի համար և ես կձեռնարկեմ ցանկացած գործողություն, որը ողջամտորեն անհրաժեշտ է նման օգնություն ստանալու համար, և կհատկացնեմ կամ կվճարեմ **HackensackMeridian Health-ին** հիվանդանոցային ծախսերի համար փոխհատուցված գումարը: Ես հասկանում եմ, որ իմ պարտականությունն է հիվանդանոցին տրամադրել իմ գտնվելու վայրի ապացույց Medicaid-ի համար: Ես հասկանում եմ, որ այս դիմումը ներկայացվում է, որպեսզի հիվանդանոցը կարողանա գնահատել իմ իրավասությունը Առողջապահության պետական ​​​​դեպարտամենտի (State Department of Health) Չվճարվող խնամքի ծրագրի (Uncompensated Care Program) շրջանակներում անվճար ծառայություններիցօգտվելու համար: Հիմնվելով հիվանդանոցում սահմանված չափանիշների վրա՝ եթե իմ տրամադրած որևէ տեղեկատվություն ապացուցի, որ ճիշտ չէ, ես հասկանում եմ, որ հիվանդանոցը կարող է վերագնահատել իմ ֆինանսական կարգավիճակը և ձեռնարկել անհրաժեշտ միջոցներ:

X _____ Ամսաթիվ _____

Դիմորդի ստորագրություն

ՄԻ ԳՐԵԸ ԱՅՍ ԳԾԻՑ ՆԵՐԲԵՎ (ՄԻԱՅՆ ԳՐԱՍԵՆՅԱԿԻ ՀԱՄԱՐ)

ԻՐԱՎԱՍՈՒԹՅԱՆ ՈՐՈՇՈՒՄ

Դիմումի ստացման ամսաթիվը	Եկամուտը հաստատված է	_____ Դիմումը հաստատված է	_____ Եկամտի ստուգման գործընթացի սպասում	
	Այո Ոչ	_____ Medicaid-ը սպասման ընթացքում է	_____ Ակտիվները սպասման ընթացքում են	
Դիմումը մերժվել է. _____		ՊԱՏՃԱՌԸ՝ _____		
Իրավասության տոկոսը	_____ %	Որոշում կայացնող անձի ստորագրությունը		Ամսաթիվ՝ _____
ՆՇՈՒՄ՝ ԴԻՄՈՒՄԸ ՄԵՐԺՎԵԼՈՒ ԴԵՊԸՈՒՄ ԴՈՒՔ ԿԱՐՈՂ ԵՔ ԿՐԿԻՆ ԴԻՄԵԼ ՀԵՏԱԳԱ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ				

Բուժառուի անունը՝ _____

Հաշվի համարը՝ _____

ՀԱՎԱՍՏԱԳՐԵՐ

A. Ես հավաստում եմ, որ չունեմ որևէ առողջապահական ապահովագրություն այս ծառայության արժեքը
ծածկելու համար:

B. Շրջանակով նշեք ամուսնական կարգավիճակը: չամուսնացած, ամուսնացած, ամուսնալուծված, այրի
Ունեմ (#) _____ անչափահաս երեխա

__ C. Ես հավաստում եմ, որ ամուսնացած և առանձնացած եմ, և որևէ ֆինանսական կապ չունեմ իմ
ամուսնու/կնոջ հետ _____-ից ի վեր
Ստորագրություն՝ _____

__ D. Ես հավաստում եմ, որ իմ նախկին ամուսնուց/կնոջից չեմ ստանում որևէ տեսակի ալիմենտ
Ստորագրություն՝ _____

__ E. Ես հավաստում եմ, որ ից ի վեր եկամուտ չեմ ունեցել _____ / _____ / _____

__ F. Ծառայության ընթացքում ես աշխատում էի-ում. _____

Աշխատանքի ընդունման ամսաթիվը՝ __/__/__ Իմ համախառն եկամուտը կազմել է \$ _____

Շաբաթական/Երկշաբաթական/Ամսական/Տարեկան Ես այլ եկամուտ եմ ստացել _____

\$ _____ Շաբաթական/Երկշաբաթական/Ամսական/Տարեկան

_ G. Ես հավաստում եմ, որ եկամտային հարկ եմ ներկայացրել/չեմ ներկայացրել ___ տարվա համար: Եթե ոչ, նշեք չներկայացնելու պատճառը՝

_ H. Ես հավաստում եմ, որ չունեմ որևէ տեսակի ակտիվ:

Ստորագրություն՝ _____ Հարաբերությունը հիվանդի հետ՝ _____

I. Ես հավաստում եմ, որ բնակվել եմ (հասցե) հասցեում _____

Ես ապրում եմ մենակ կամ -ի հետ _____

J. Ես հավաստում եմ, որ Նյու Ջերսի նահանգի բնակիչ եմ ___-ից: Ես որևէ այլ նահանգում կամ շրջանում չեմ բնակվում և մտադիր եմ շարունակել իմ բնակությունը Նյու Ջերսիում:

K. Ես վկայում եմ, որ անօթևան եմ և այդ կարգավիճակում եմ եղել *I* *I-ից:*

Ես պարբերաբար մնում եմ/ չեմ մնում տեղի կացարանում:

Անուն/Կացարանի հասցեն՝ _____ Ես ունեմ/ չունեմ անձը հաստատող

փաստաթուղթ:

Ստորագրություն՝ _____

_ L. Ես այս երդվյալ հայտարարությունը տալիս եմ բարեգործական խնամքի (Charity Care) համար դիմելու համար:

Ես հասկանում եմ, որ իմ կողմից ներկայացված տեղեկատվությունը ենթակա է ստուգման Hackensack Meridian Health-ի և դաշնային կամ նահանգային կառավարությունների կողմից: Այս փաստերի դիտավորյալ սխալ ներկայացումը կշեղարկի այս բարեգործական խնամքի դիմումը, ինձ պատասխանատվության կենթարկի Նյու Ջերսիի մեկնաբանված օրենսգրքի (New Jersey Statutes Annotated, N.J.S.A.) համաձայն բոլոր մեղադրանքներով և քաղաքացիական տույժերով՝ 26:2H-18.63.

Եթե Hackensack Meridian Health-ը պահանջի, ես կդիմեմ կառավարության կամ այլ բժշկական օգնության՝ հիվանդանոցի հաշիվը վճարելու համար, եթե ես իրավասու լինեմ օգնության:

Ես հավաստում եմ, որ իմ եկամտի, ընտանիքի չափի և ակտիվների վերաբերյալ տեղեկատվությունը ճշմարիտ և ճշգրիտ է՝ ըստ իմ լավագույն գիտելիքների:

Ստորագրություն՝ _____
Բուժառու / Ամուսին/կին / Ծնող / Խնամակալ

Ամսաթիվ՝ _____

Վկա՝ _____

Ամսաթիվ՝ _____