

Կից ներկայացվում են բարեգործական օգնության/ֆինանսական աջակցության դիմումի ձևերը:

Ֆինանսական աջակցության համար կարող եք դիմել հիվանդանոցից դուրս գրվելուց կամ ամբուլատոր բուժում ստանալուց հետո 1 տարվա ընթացքում:

Բարեգործական օգնությունը հասանելի է Նյու Ջերսիի այն բնակիչների համար, ովքեր ապահովագրված չեն, ոչ բավարար են ապահովագրված կամ իրավունք չունեն մասնակցելու պետական և դաշնային ծրագրերում:

Որակում ստանալու համար դուք պետք է համապատասխանեք եկամտի և ակտիվների իրավասության չափանիշներին:

Բարեգործական օգնությունը հոգում է հիվանդանոցային բուժօգնության ծախսերը: Ծրագիրը չի տարածվում այն բժիշկների կամ այլ մատակարարների վրա, որոնք ինքնուրույն են ներկայացնում հաշիվներ իրենց ծառայությունների համար:

- Խնդրում ենք լրացնել և ստորագրել դիմումը
- Կցեք բոլոր պահանջվող փաստաթղթերի պատճենները:
- Բոլոր փաստաթղթերի հիմքն է ծառայության ամսաթիվը:
- Ձեր սկզբնական կամ առաջին ծառայության ամսաթիվն է _____
- Եթե 21 տարեկան կամ ավելի փոքր տարիքի եք և սովորում եք քոլեջի ցերեկային բաժնում, ապա ձեր ծնողը կամ խնամակալը պետք է լրացնի դիմումը և ներկայացնի անհրաժեշտ ուղեկցող փաստաթղթերը: Խնդրում ենք տրամադրել ուսանող լինելու ձեր կարգավիճակը հաստատող փաստաթուղթ:

Եթե դիմումի կամ դիմումը ներկայացնելու համար անհրաժեշտ փաստաթղթերի հետ կապված որևէ հարց ունեք, ապա խնդրում ենք զանգահարել ֆինանսական խորհրդատուին 732-902-7080 հեռախոսահամարով: Խորհրդատուները հասանելի են երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից մինչև 16:00:

() JERSEY SHORE UNIVERSITY MEDICAL CENTER (JSUMC)
PATIENT FINANCIAL SERVICES
1945 STATE ROUTE 33
NEPTUNE, NJ 07753

() SOUTHERN OCEAN MEDICAL CENTER (SOMC)
PATIENT FINANCIAL SERVICES
1140 ROUTE 72 WEST
MANAHAWKIN, NJ 08050

() OCEAN MEDICAL CENTER (OMC)
(RBMC-PA)
PATIENT FINANCIAL SERVICES
425 JACK MARTIN BLVD
BRICK, NJ 08724

() RARITAN BAY MEDICAL CENTER – PERTH AMBOY
PATIENT FINANCIAL SERVICES
530 NEW BRUNSWICK AVE
PERTH AMBOY, NJ 08861

() RIVERVIEW MEDICAL CENTER (RMC)
BRIDGE (RBMC-OB)
PATIENT FINANCIAL SERVICES
1 RIVERVIEW PLAZA
RED BANK, NJ 07701

() RARITAN BAY MEDICAL CENTER – OLD
PATIENT FINANCIAL SERVICES
1 HOSPITAL PLAZA
OLD BRIDGE, NJ 08857

() BAYSHORE COMMUNITY HOSPITAL (BCH)
PATIENT FINANCIAL SERVICES
727 NORTH BEERS STREET
HOLMDEL, NJ 07733

Քարեգործական օգնության դիմումը մշակելու հարցում մեզ լրացուցիչ աջակցելու համար խնդրում ենք տրամադրել ստորև նշված փաստաթղթերի պատճենները, որոնք վերաբերում են ձեր իրավիճակին: Եթե ստորև նշված համապատասխան փաստաթղթերը չտրամադրվեն կամ ձեր դիմումը թերի լրացված լինի, մենք չենք կարողանա մշակել ձեր դիմումը: Բոլոր պահանջվող փաստաթղթերի հիմքն է ծառայության ամսաթիվը: Ծառայության ամսաթիվը նշանակում է հիվանդանոցում իրականում գտնվելու առաջին օրը:

Խնդրում ենք պատճենել ապահովագրության քարտերը առջևից և հետևից

Հիվանդի, ամուսնու, մինչև 18 տարեկան երեխաների և մինչև 21 տարեկան քոլեջի ցերեկային բաժնի ուսանողների անձը հաստատող փաստաթուղթ:

- Խնդրում ենք ընտրել ձեր ընտանիքի յուրաքանչյուր անդամի համար մեկը՝ վարորդական վկայական, ծննդյան վկայական, սոցիալական ապահովության քարտ, անձնագիր

Ակտիվների մասին հայտարարություններ, որոնք պարունակում են ծառայության ամսաթվի դրությամբ մնացորդի վերաբերյալ տվյալներ

- Հայտարարություններ չեկերի, խնայողությունների և դեբետային քարտերի հաշիվների վերաբերյալ
- Եթե հայտարարությունը տպագիր է, ապա դրա վրա պետք է դրված լինի կնիքը և ֆինանսական հաստատության ներկայացուցչի ստորագրությունը:
- Ձեր կողմից հայտարարված եկամտից ավել ավանդների համար կարող է բացատրություն պահանջվել:
- Ընթացիկ փաստաթղթեր ցանկացած CD-ի, IRA-ի, 401K-ի, բաժնետոմսերի կամ պարտատոմսերի վերաբերյալ:

Եկամուտը հաստատող փաստաթուղթ ծառայության ամսաթվին նախորդող մեկ ամսվա համար

- Ստացած եկամուտը հաստատող փաստաթուղթ, ներառյալ վճարների անդորրագրեր կամ ձեր համախառն վաստակի մասին գործատուից ստորագրությամբ տեղեկանք ֆիրմային ձևաթղթի վրա:
- Եթե դուք ինքնազբաղված եք, պահանջվում է հաշվապահի կողմից ստորագրած շահույթի և ծախսերի մասին հաշվետվություն:
- Չստացված եկամուտը հաստատող փաստաթուղթ, ներառյալ, բայց չսահմանափակվելով դրանով, կենսաթոշակը, երեխաների խնամքը, այլմենտը, վետերանների նպաստները և արտոնությունները, սոցիալական ապահովագրության մասին գրությունը, SSI նպաստի նշանակման մասին գրությունը ընտանիքի բոլոր անդամների, գործազրկության կամ պետական հաշմանդամության վերաբերյալ տվյալները կամ այլ ֆինանսական ներդրումները:
- Նախորդ տարվա ձեր հարկային հայտարարագրի ամբողջական պատճենը: Եթե չեք ներկայացրել դիմում, զանգահարեք 1-800-829-1040 հեռախոսահամարով, որպեսզի խնդրեք ստուգել դիմում չներկայացրածի կարգավիճակը:

Բնակությունը հաստատող փաստաթուղթ՝ նախքան ծառայության ամսաթիվը

- Պետք է նշել փողոցի հասցեն՝ ՈՉ թե փոստարկղի համարը
- Խնդրում ենք ընտրել հետևյալ տարբերակներից մեկը. վարորդական վկայականը, վարձակալության պայմանագրի պատճենը, կոմունալ ծառայությունների հաշիվը, աջակցության նամակը, ձեր անվան և հասցեի նշումով թղթակցություն, որը թողարկվել է մինչև ծառայության ամսաթիվը

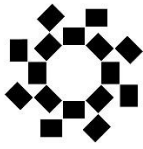
Հիվանդի ատեստավորում. (ստորագրեք և դրեք ամսաթիվը, եթե կիրառելի է):

- Ամուսնու ատեստավորում՝ ամուսնացած լինելու դեպքում (ստորագրեք և դրեք ամսաթիվը, եթե կիրառելի է):

Ստորագրեք աջակցության նամակը՝ ստորագրված այն անձի կողմից, ում հետ բնակվում եք (բացի ամուսնուց), որն օգնում է ձեզ աջակցել:

Խնդրում ենք ուղարկել ձեր դիմումը և փաստաթղթերը հետևյալ հասցեով.

**Jersey Shore University Medical Center
Financial Assistance
1945 State Route 33
Neptune, NJ 07753-9986**



Նյու Ջերսիի հիվանդանոցներում բուժման աջակցության

ծրագիր
Մասնակցության դիմում

() JSUMC () OMC () RMC () BCH () SOMC () RB-PA () RB-OB

ԲԱԺԻՆ I – ԱՆՁՆԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

ՀԻՎԱՆԴԻ ԱՆՈՒՆԸ (ԱԶԳԱՆՈՒՆԸ, ԱՆՈՒՆԸ, ՀԱՅՐԱՆՈՒՆԸ)		ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎՈՒԹՅՈՒՆ		ԾՆՆԳՅԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎ	
ԴԻՄՈՒՄԻ ԱՄՍԱԹԻՎ	ԾԱՌԱՅՈՒԹՅԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎ	ՆԱԽԸՆՏՐԵԼԻ ԼԵԶՈՒ		ՀՂԻ <input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ	
ՀԻՎԱՆԴԻ ՀԱՍՑԵ		ՀՆՈԱՆՈՍ/ԲԶՁԱՅԻՆ ՀՆՈԱՆՈՍ ()			
ՔԱՂԱՔ, ՆԱՀԱՆԳ, ՓՈՍՏԱՅԻՆ ԴԱՍԻՉ ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿԸ				ԸՆՏԱՆԻՔԻ ԿԱԶՄԸ	ԱՄՈՒՍՆԱԿԱՆ
ԱՄՆ ՔԱՂԱՔԱՅԻՈՒԹՅՈՒՆ <input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ <input type="checkbox"/> ՕՐԻՆԱԿԱՆ ԲՆԱԿԻՉ ՍԿԱՄԾ _____			ՆՅՈՒ ԶԵՐՍԻՈՒՄ ԲՆԱԿՈՒԹՅԱՆ ԹՈՒՅԼՏՎՈՒԹՅՈՒՆ <input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ <input type="checkbox"/> ԻՐԱՏԱՊ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ		
ԵՐԱՇԽԱՎՈՐԻ ԱՆՈՒՆԸ (Եթե հիվանդը չէ)		ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ԾԱԾԿՈՒՅԹ <input type="checkbox"/> ԱՅՈ <input type="checkbox"/> ՈՉ ԱՆՈՒՆԸ _____ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԻ # _____			
ԸՆՏԱՆԻՔԻ ԱՅԼ ԱՆԴԱՄՆԵՐ	ԿԱՊԸ	ԾՆՆԳՅԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎԸ	ՀՂԻՆԵՐԻ	ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ԾԱԾԿՈՒՅԹ	
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
ԲԱԺԻՆ II- ԱԿՏԻՎՆԵՐԻ ԶԱՓԱՆԻՉ					

ԱԿՏԻՎՆԵՐԸ ՆԵՐԱՌՈՒՄ ԵՆ.

- A. Խնայողություններ _____
- B. Հաշիվների ստուգում _____
- C. Ավանդի վկայականներ / IRA _____
- D. Սեփական կապիտալ անշարժ գույքի ոլորտում (բացի հիմնական բնակության վայրից) _____
- E. Այլ ակտիվներ, 401K, բաժնետոմսեր և պարտատոմսեր _____
- F. ԸՆԴԱՄԵՆԸ _____

* ԸՆՏԱՆԻՔԻ ԿԱԶՄԸ ՆԵՐԱՌՈՒՄ Է ԶԵՉ, ԱՄՈՒՍՆՈՒՆ ՈՒ ԲՈԼՈՐ ԱՆՉԱՓԱՀԱՍ ԵՐԵԽԱՆԵՐԻՆ: ՀՂԻ ԿԻՆԸ ԴԻՏԱՐԿՎՈՒՄ Է ՈՐՊԵՍ ԸՆՏԱՆԻՔԻ ԵՐԿՈՒ ԱՆԴԱՄ:

ԲԱԺԻՆ III- ԵԿԱՄՈՒՏՆԵՐԻ ՉԱՓԱՆԻՃ

Հիվանդանոցային բուժօգնության իրավասությունը որոշելիս ամուսնու եկամուտներն ու վարկերը պետք է օգտագործվեն մեծահասակ ծնողի(ներ)ի համար
 Եկամուտներն ու վարկերը պետք է օգտագործվեն անչափահաս երեխաների համար: Եկամուտները և ակտիվները հաստատող փաստաթղթերը պետք է ներկայացվեն սույն դիմումին կից: Եկամուտը հիմնված է տասներկու ամիսների, երեք ամսվա, մեկ ամսվա կամ մեկ շաբաթվա եկամտի հաշվարկի վրա՝ մինչև ծառայության ամսաթիվը:

ԳՈՐԾԱՏՈՒԻ ԱՆՈՒՆԸ.	ԸՆԴԱՄԵՆԸ ԵԿԱՄՈՒՏ \$		
ԵԿԱՄՏԻ ԱՂԲՅՈՒՐՆԵՐ.	շաբաթական	ամսական	տարեկան
Ա. Աշխատավարձ / վարձատրություններ մինչև պահումները _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Բ. Հանրային աջակցություն _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Կ. Սոցիալական ապահովության/հաշմանդամության նպաստներ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Դ. Գործազրկություն և փոխհատ. աշխատողներին _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ե. Արտոնություններ վետերաններին _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Զ.. Ալիմենտ / երեխայի խնամք _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Է. այլ դրամական աջակցություն _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ը. Կենսաթոշակային վճարներ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Թ. Ապահովագրության և անուիտետի վճարումներ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ժ. Շահաբաժիններ / տոկոսներ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ի. Վարձակալական եկամուտ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Լ. Բիզնեսի գուտ եկամուտ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Մ. Այլ (գործադուլային նպաստներ, կրթաթոշակներ,, զինվորականի ընտանիքի հոդաբաժին, անշարժ գույք կամ տրեստ) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Եկամտի այլ աղբյուրներ. _____			

ԲԱԺԻՆ IV – ԴԻՄՈՐԴԻ ԿՈՂՄԻՑ ՀԱՍՏԱՏՈՒՄ

Ես հասկանում եմ, որ իմ ներկայացրած տեղեկատվությունը ենթակա է ստուգման՝ համապատասխան բուժհաստատության և Դաշնային կամ նահանգային կառավարությունների կողմից: Տվյալ փաստերը դիտավորյալ կեղծելու համար ես կենթարկվեմ պատասխանատվության հիվանդանոցում բուժման հետ կապված բոլոր ծախսերի համար:

Բուժհաստատության կողմից պահանջի դեպքում ես կդիմեմ պետական կամ մասնավոր բժշկական աջակցության՝ հիվանդանոցի հաշիվը վճարելու համար:

Ես հաստատում եմ, որ վերը նշված տեղեկությունները իմ ընտանիքի կարգավիճակի, եկամուտների և ակտիվների վերաբերյալ հավաստի և ճիշտ են:

Ես հասկանում եմ, որ պարտավոր եմ հիվանդանոցին տեղեկացնել իմ եկամուտների կամ ակտիվների կարգավիճակի ցանկացած փոփոխության մասին:

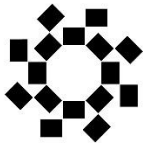
ՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑ ԿԸՄ ԽՆՆԱՄԱԿԱԼԻ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ	ԱՄՍԱԹԻՎ
---	----------------

ՄԻԱՅՆ ԳՐԱՍԵՆՅԱԿՈՒՄ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ՀԱՄԱՐ. Պատասխանատվություն _____ Ապահովագրական ծածկույթ չկա _____ %

Ապահովագրության ծածկույթից հետո _____ %

ՀԱՍՏԱՏՄԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎ՝ _____ Ուժի մեջ է մտել՝ _____ Դադարեցվել է՝ _____

Գնահատողի ստորագրություն.



ՀԻՎԱՆԴԻ ԱՏԵՍԱՎՈՐՈՒՄ

ՆՇԵՔ ՍՏՈՐԵՎ ՏԱՐԲԵՐԱԿՆԵՐԻՑ ԱՅՆ, ՈՐԸ ԿԱՐՈՂ Է ՀԱՄԱՊԱՏԱՍԽԱՆՆԵԼ ՁԵՐ ԻՐԱՎԻՃԱԿԻՆ.

1. Ես հաստատում եմ _____, որ ՁԵՄ ստացել որևէ եկամուտ:
ԱՄՍԱԹԻՎ

(Հիվանդ / պատասխանատու կողմ)

Կապը

ԱՄՍԱԹԻՎ

2. Ես հաստատում եմ, որ ՉՈՒՆԵՄ ԱԿՏԻՎՆԵՐ (բանկային հաշիվներ, CD-ներ և այլն) անձամբ իմ կամ որևէ այլ կողմի միջոցով:

(Հիվանդ / պատասխանատու կողմ)

Կապը

ԱՄՍԱԹԻՎ

3. Ես հաստատում եմ, որ ԱՆՕԹԵՎԱՆ ԵՄ կամ եղել եմ ԱՆՕԹԵՎԱՆ սկսած՝ _____

(Հիվանդ / պատասխանատու կողմ)

Կապը

ԱՄՍԱԹԻՎ

4. Ես հաստատում եմ, որ ՉՈՒՆԵՄ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԾԱԾԿՈՒՅԹ անձամբ իմ կամ որևէ այլ կողմի միջոցով, որպեսզի վճարեմ իմ հաշիվների չմարած մասը:

(Հիվանդ / պատասխանատու կողմ)

Կապը

ԱՄՍԱԹԻՎ

ԲՆԱԿՈՒԹՅԱՆ ԱՏԵՍԱՎՈՐՈՒՄԸ ՊԵՏՔ Է ՍՏՈՐԱԳՐԻ ՀԻՎԱՆԴԻ/ՊԱՏԱՍԽԱՆԱՏՈՒ ԿՈՂՄԸ

5. ԵՍ ՀԱՍՏԱՏՈՒՄ ԵՄ, ՈՐ ՆՅՈՒ ԶԵՐՍԻԻ ԲՆԱԿԻԶ ԵՆ ՀԱՆԴԻՍԱՆՈՒՄ/ՀԱՆԴԻՍԱՑՆԵԼ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՍՏԱՆԱԼՈՒ ԺԱՄԱՆԱԿ և ՆՊԱՏԱԿ ՈՒՆԵՄ ՄՆԱԼՈՒ ՆՅՈՒ ԶԵՐՍԻԻ ԲՆԱԿԻԶ:

(Հիվանդ / պատասխանատու կողմ)

Կապը

ԱՄՍԱԹԻՎ

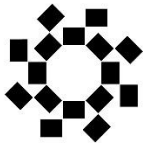
6. ԵՍ ՀԱՍՏԱՏՈՒՄ ԵՄ, ՈՐ ՍՈՒՅՆ ԱՏԵՍԱՎՈՐՄԱՆԸ ՆԵՐԿԱՅԱՑՎԱԾ ԱՄԲՈՂՁ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆԸ ՀԱՎԱՍՏԻ, ԼԻԱՐԺԵՐ ՈՒ ՃԻՇՏ Է ԻՆՁ ՀԱՅՏՆԻ ՏՎՅԱԼՆԵՐԻՆ ՀԱՄԱՊԱՏԱՍԽԱՆ:

(Հիվանդ / պատասխանատու կողմ)

Կապը

ԱՄՍԱԹԻՎ

Հարցազրույց անցկացնող



ԱՄՈՒՄՆՈՒ ԱՏԵՍԱՎՈՐՈՒՄ

ՆՇԵՔ ՍՏՈՐԵՎ ՏԱՐԲԵՐԱԿՆԵՐԻՑ ԱՅՆ, ՈՐԸ ԿԱՐՈՂ Է ՀԱՄԱՊԱՏԱՍԽԱՆՆԵԼ ՁԵՐ ԻՐԱՎԻՃԱԿԻՆ.

1. Ես հաստատում եմ _____, որ ՁԵՄ ստացել որևէ եկամուտ:
ԱՄՍԱԹԻՎ

(Ամուսին / պատասխանատու կողմ) Կապը ԱՄՍԱԹԻՎ

2. Ես հաստատում եմ, որ ՉՈՒՆԵՄ ԱԿՏԻՎՆԵՐ (բանկային հաշիվներ, CD-ներ և այլն) անձամբ իմ կամ որևէ այլ կողմի միջոցով:

(Ամուսին / պատասխանատու կողմ) Կապը ԱՄՍԱԹԻՎ

3. Ես հաստատում եմ, որ ԱՆՕԹԵՎԱՆ ԵՄ կամ եղել եմ ԱՆՕԹԵՎԱՆ սկսած՝ _____

(Ամուսին / պատասխանատու կողմ) Կապը ԱՄՍԱԹԻՎ

4. Ես հաստատում եմ, որ ՉՈՒՆԵՄ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԾԱԾԿՈՒՅԹ անձամբ իմ կամ որևէ այլ կողմի միջոցով, որպեսզի վճարեմ իմ հաշիվների չմարած մասը:

(Ամուսին / պատասխանատու կողմ) Կապը ԱՄՍԱԹԻՎ

ԲՆԱԿՈՒԹՅԱՆ ԱՏԵՍԱՎՈՐՈՒՄԸ ՊԵՏՔ Է ՍՏՈՐԱԳՐԻ ՀԻՎԱՆԴԸ/ՊԱՏԱՍԽԱՆԱՏՈՒ ԿՈՂՄԸ

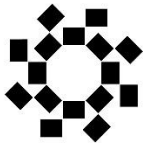
5. ԵՍ ՀԱՍՏԱՏՈՒՄ ԵՄ, ՈՐ ՆՅՈՒ ԶԵՐՍԻԻ ԲՆԱԿԻՉ ԵՆ ՀԱՆԴԻՍԱՆՈՒՄ/ՀԱՆԴԻՍԱՑՆԵԼ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՍՏԱՆԱԼՈՒ ԺԱՄԱՆԱԿ և ՆՊԱՏԱԿ ՈՒՆԵՄ ՄՆԱԼՈՒ ՆՅՈՒ ԶԵՐՍԻԻ ԲՆԱԿԻՉ:

(Ամուսին / պատասխանատու կողմ) Կապը ԱՄՍԱԹԻՎ

6. ԵՍ ՀԱՍՏԱՏՈՒՄ ԵՄ, ՈՐ ՍՈՒՅՆ ԱՏԵՍԱՎՈՐՄԱՆԸ ՆԵՐԿԱՑԱՑՎԱԾ ԱՄԲՈՂՁ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆԸ ՀԱՎԱՍՏԻ, ԼԻԱՐԺԵՐ ՈՒ ԾԻՇՏ Է ԻՆՉ ՀԱՅՏՆԻ ՏՎՅԱԼՆԵՐԻՆ ՀԱՄԱՊԱՏԱՍԽԱՆ:

(Ամուսին / պատասխանատու կողմ) Կապը ԱՄՍԱԹԻՎ

Հարցազրույց անցկացնող



Hackensack
Meridian Health

ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ / ԱԶԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ՆԱՄԱԿ

ՀԻՎԱՆԴ՝ _____

ԱՄՍԱԹԻՎ՝ _____

ԾՆՆԴՅԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎ՝ _____

ԾԱՌԱՅՈՒԹՅԱՆ ՍԿԶԲՆԱԿԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎ՝ _____

ԼՐԱՑՎՈՒՄ Է ՀԻՎԱՆԴԻՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ՏՐԱՄԱԳՐՈՂ ԱՆՁԻ ԿՈՂՄԻՑ: ԶԻ ՆԵՐԱՌՈՒՄ ԶԵՉ ՀՆՏ ԲՆԱԿՎՈՂ ԱՄՈՒՄՆՈՒՆ:

Ես հաստատում եմ, որ ստորև ներկայացված տեղեկատվությունը հավաստի և ճիշտ է: Ես լիովին հասկանում եմ, որ կեղծ տեղեկություններ կամ կամ թերի տեղեկատվություն տրամադրելը կարող է հիմք հանդիսանալ խարդախության համար, և Meridian Health-ը կարող է ձեռնարկել ցանկացած իրավաբանական գործողություն: Ես նաև հասկանում եմ, որ անձամբ պատասխանատու կլինեմ, եթե տեղեկատվությունը լինի կեղծված, թերի կամ որևէ կերպ մոլորեցնող:

Ստուգեք ստորև այն, ինչը կիրառելի է.

Վերոնշյալ անձը բնակվում է ինձ հետ, և այդ ժամանակից սկսած **(Ամսաթիվ)**.

Վերը նշված անձը հանդիսանում է Նյու Ջերսիի բնակիչ ծառայությունը տրամադրելու ժամանակ, չի բնակվում որևէ այլ նահանգում կամ կոմսությունում և մտադիր է մնալ այս նահանգում:

Վերը նշված անձը չի օգտվում բժշկական ապահովագրության որևէ տեսակից, այդ թվում Medicaid-ից կամ Medicare-ից:

Վերը նշված անձն այս պահին գործազուրկ է և եղել է գործազուրկ վերը նշված ծառայության ամսաթվից առնվազն մեկ ամիս առաջ:

Վերը նշված անձը չի ստանում գործազրկության նպաստ կամ որևէ այլ տեսակի նպաստ, օրինակ՝ հաշմանդամություն, SSI, բարեկեցության և այլն:

Վերը նշված անձի համար ես ապահովում եմ սնունդ և ապաստան:

Վերը նշված անձի համար ես տրամադրում եմ ամսական \$ _____ կանխիկ գումար:

Վերը նշված անձը չի բնակվում ինձ հետ, բայց ես օգնություն եմ ցուցաբերում հետևյալ ձևով.

Ստորագրություն

Ձեր կապը վերը նշվածի հետ

Հասցե՝ _____

Հեռախոսահամար՝ _____