



## Նյութի Հիվանդանոցի Խնամքի Օգնության Ծրագիր

### ՄԱՍՆԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԴԻՄՈՒՄ

ՏՎՅԱԼ ԴԻՄՈՒՄԻ ՀԵՏ ՊԵՏՔ Է ԿԻՑ ՆԵՐԿԱՑԱՑՎԵՆ ԻՆՔՆՈՒԹՅՈՒՆԸ, ԵԿԱՍՈՒՏԸ ԵՎ ՄԻՋՈՑՆԵՐԸ ՀԱՎԱՍՏՈՂ ՓԱՍՏԱԹՂԹԵՐԸ: ՊԱՀԱՆՁՎԱԾ ՓԱՍՏԱԹՂԹԵՐԻ ԲՈԼՈՐ ՊԱՏՃԵՆԵՐԸ ՈՒՂԱՐԿԵՔ ՀԵՏԵՎՅԱԼ ՀԱՍՑԵՈՎ՝ HackensackUMC, 100 First Street Suite 300, Hackensack, NJ 07601 Attn, Financial Assistance Department (Ֆինանսական աջակցության վարչություն): ՄԻ ՈՒՂԱՐԿԵՔ ՓԱՍՏԱԹՂԹԵՐԻ ԲԼՕՐԻՆԱԿՆԵՐԸ, ՔԱՆԻ ՈՐ ԴԻՄԱՆՔ ՉԵՆ ՎԵՐԱԴԱՐՁՎԵԼՈՒ:

### ՄԱՍ I – Անձնական Տեղեկատվություն

1. ՀԻՎԱՆԴԻ ԱՆՈՒՆԸ՝  (Ազգանուն) (Անուն) (M.I.)			2. ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐԸ՝		
3. ԴԻՄՈՒՄԻ ԱՄՍԱԹԻՎԸ՝  Ամիս Օր Տարի		4. ԾԱՌԱՅՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱԿԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎԸ՝  Ամիս Օր Տարի		5. ԾԱՌԱՅՈՒԹՅԱՆ ՀԱՅՑՎԱԾ ՕՐԸ՝  Ամիս Օր Տարի	
6. ՀԻՎԱՆԴԻ ՓՈՂՈՑԻ ՀԱՍՑԵՆ՝			7. ՀԵՌԱՆՈՍԱՀԱՄԱՐԸ՝		
8. ՔԱՂԱՔԸ, ՆԱՀԱԳԸ, ՓՈՍՏԱՅԻՆ ՀԱՍՑԵՆ՝			9. ԸՆՏԱՆՔԻ ՉԱՓՈՒՐՆԱԿՆԵՐԸ՝		
10. ԱՄՆ ՔԱՂԱՔԱՅԻՆՈՒԹՅՈՒՆԸ՝  <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/> Դիմումը ընթացքում է			11. ՆՅՈՒՋ ԵՆԵՐՄԻ ՆԱՀԱԳՈՒՄ 3 ԱՄԻՍ ԲՆԱԿՈՒԹՅԱՆ ՀԱՎԱՍՏԻՔԸ՝  <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ		
12. ԵՐԱՇԽԱՎՈՐՈՂԻ ԱՆՈՒՆԸ՝ (Եթե այլ է, քան հիվանդանոցը)  (Ազգանուն) (Անուն)			13. Արդյո՞ք հիվանդը ապահովագրված է Այո կամ Ոչ ԸՆԿԵՐՈՒԹՅԱՆ ԱՆՈՒՆԸ՝ (ՀԱՍՑԵՆ՝		

### Իրավունակ ընտանիքի ընդամենը, դիմորդները ներառյալ՝

Անուն	Ծննդյան տարի	Սոց.ապ. Համարը	Զբաղվածություն	Ամսական Աշխատատեղ

### ՄԱՍ II – Միջոցների Չափորոշիչ

--	--	--	--	--



**17. ԵԿԱՄՏԻ ԱՂԲՅՈՒՐՆԵՐԸ՝**

Ա. Աշխատավարձ/Աշխատավարձ նախքան պահումները

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Բ. Հանրային օգնություն

---

Գ. Մոցիալական ապահովության նպաստներ

---

Դ. Գործազրկության և աշխատավորների փոխհատուցում

---

Ե. Վետերանի նպաստներ

---

Զ. Ապրուստադրամ (ալիմենտ)/Երեխայի աջակցություն

---

Է. Այլ դրամական աջակցություն

---

Ը. Կենսաթոշակային վճարներ

---

Թ. Ապահովագրություն կամ ամենամյա վճարումներ

---

Ժ. Շահաբաժին/Տոկոս

---

Ի. Եկամուտ կապալավարձից

---

Լ. Բիզնեսից գուտ եկամուտ (ինքնաշխատ/հավաստագրված անկախ աղբյուրի կողմից)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Խ. Այլ (գործադուլային նպաստ, ուսումնական թոշակ, զինվորական ընտանիքի բաժին, եկամուտ անշարժ գույքից և տրեստից)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ծ. Ընդամենը

|

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

**ՄԱՍ V – Դիմորդի Հաստատում**

Ես հասկանում եմ, որ իմ կողմից տրամադրված տեղեկատվությունը ենթակա է ստուգման համապատասխան առողջապահական խնամք տրամադրող հաստատությունների և Ֆեդերալ կամ նահանգային կառավարությունների կողմից: Այդ փաստերի զիտակցաբար սխալ ներկայացումը ինձ պատասխանատվության կենթարկի բոլոր հիվանդանոցային վճարների և քաղաքական տույժերի համար:

Առողջապահական հաստատության կողմից հայցված լինելու դեպքում՝ ես կդիմեմ կառավարական կամ մասնավոր բժշկական օգնության՝ հիվանդանոցի հաշիվները վճարելու համար:

Ես հավաստում եմ, որ իմ ընտանիքի չափսի, եկամտի և միջոցների վերաբերյալ վերը նշված տեղեկատվությունը ճշմարիտ է և ճշգրիտ: Ես հասկանում եմ, որ դա իմ պատասխանատվությունն է ծանուցելու հիվանդանոցին իմ եկամտի կարգավիճակին առնչվող որևէ փոփոխության վերաբերյալ:

18. ԶԻՎԱՆՈՒՄ ԿԱՄ ԵՐԱՇԽԱՎՈՐՈՂԻՄ ՍՏՈՂԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ՝	19. ԱՄՍԱԹԻՎԸ՝
---	---------------

**Նյու Ջերսիի Հիվանդանոցի Խնամքի Օգնության Ծրագիր**

**ՄԱՍՆԱԿՅՈՒԹՅԱՆ ԴԻՄՈՒՄԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ՈՐՈՇՈՒՄ**

**ՄԱՍ I – Դիմորդի տեղեկատվություն**

1. ԶԻՎԱՆՈՒՄ ԱՆՈՒՆԸ՝		2. ԸՆՏԱՆՔԻ ԶԱՓՍԸ՝	
3. ԾԱՌԱՅՈՒԹՅԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎԸ՝		4. ՈՐՈՇՄԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎԸ՝	
5. ԺԱՄԿԵՏԸ ԼՐԱՆԱՆՈՒ ԱՄՍԱԹԻՎԸ՝		7. ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԵԿԱՄՈՒՏԸ՝	
6. ԵԿԱՄՈՒՄԻ ԶԱՇՎԱՐԿԸ՝	<input type="checkbox"/> 12 ամիս <input type="checkbox"/> 3 ամիս	<input type="checkbox"/> 13 շաբաթ x 4 <input type="checkbox"/> ամիս x 12	

## ՄԱՍ II – Բժշկական որոշում

8. ԱՐՁԱՆՔ ՏՐՎԵԼ Է ՈՒՂԵԳԻՐ ՀԱՆՐԱՅԻՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ՝

Այո  Ոչ Բացատրե՛ք \_\_\_\_\_

## ՄԱՍ III - Որոշում

Նյու Ջերսիի Հիվանդանոցի Խնամքի Օգնության համար ներկայացված Ձեր հայրը հաստատվել է: Ձեր ֆինանսական պատասխանատվությունը կազմում է հիվանդանոցային հաշվի \_\_\_\_\_% -ը, այն ծառայությունների համար, որոնք սկսել են Ձեզ տրամադրվել \_\_\_\_\_-ից: Հիվանդանոցը կարող է օգնություն տրամադրել հիվանդանոցի վճարի \_\_\_\_\_% -ի չափով՝ ցանկացած հետագա հիվանդանոցային ծառայությունների դիմաց՝ \_\_\_\_\_ ամիս ժամանակաշրջանի համար՝ սկսած ծառայություններ մատուցելու սկզբնական ամսաթվից:

Նյու Ջերսիի Հիվանդանոցի Խնամքի Օգնության համար ներկայացված Ձեր հայրը մերժվել է, քանի որ Դուք չեք բավարարել իրավասության պահանջներին: Իրավունակ չճանաչվելու առանձնակի պատճառները հետևյալն են՝

- Եկամտի վերաբերյալ փաստաթղթերը չեն տրամադրվել:\*
- Միջոցների վերաբերյալ փաստաթղթերը չեն տրամադրվել: \*\*
- Եկամուտը գերազանցում է իրավասության չափորոշիչը:
- Միջոցները գերազանցում են իրավասության չափորոշիչը:
- Հիվանդը ուղեգրվել է Medicaid:
- Չի հաջողվել տրամադրել Medicaid-ի մերժումը:
- Այլ \_\_\_\_\_

\*Պահանջվող փաստաթղթերը չներկայացնելու հիմքով անիրավունակ ճանաչված դիմորդները պետք է հասցեագրեն տվյալ տեղեկատվությունը հիվանդանոցին՝

HACKENSACK UNIVERSITY MEDICAL CENTER  
 FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM  
 100 First Street Suite 300  
 Hackensack, New Jersey 07601  
 Financial Assistance Department  
 Tel: (551)996-4343  
 Fax: (551)996-4333

\*\*Իրավասության չափորոշիչը գերազանցող միջոցներ ունեցող դիմորդները ունեն «spend down»-ի տարբերակ, դա նշանակում է, որ նրանք կարող են իրենց գերազանցող միջոցները ծախսել հիվանդանոցային հաշիվները վճարելու համար:

Եթե Դուք ծախսում եք \_\_\_\_\_ Ձեր հիվանդանոցային հաշիվների վրա, մնացորդը կարող է դիտարկվել որպես իրավունակ \_\_\_\_\_ % -ի չափով՝ Նյու Ջերսիի Հիվանդանոցի Խնամքի Օգնության ծրագրի շրջանակում:

ԳԱՀԱՏՈՂԻ ԱՌՈՒՆՎ՝	ՊԱՇՏՈՆՎ՝
ԱՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆՎ՝	ԱՄՍԱԹԻՎՎ՝

Ծրագրի վերաբերյալ հարցեր ունեցող դիմորդները կարող են կապ հաստատել  
**Նյու Ջերսիի Առողջապահական Նահանգային Վարչություն**  
**Առողջապահական խնամք ոչ ապահովագրված ծրագրի շրջանակում**  
**CN 360, Տրենտոն, Նյու Ջերսի 08625-0360**  
**Հեռախոսահամար՝ 1-866-588-5696**