

## Առողջապահական ծառայությունների/Ֆինանսական օժանդակության հայտ

Հարգելի Հիվանդ և Ընտանիք.

Հավատարիմ մնալով մեր առաքելությանը և հիմնարար արժեքներին, մենք ձգտում ենք բժշկական օգնություն տրամադրել մարդկանց, անկախ նրանց վճարունակությունից:

### **Մեր Բարեգործական խնամք/Ֆինանսական օժանդակությունը.**

Բժշկական հաշիվները կարող է դժվար լինել վճարել: Հիվանդները, որոնք չեն կարող վճարել բոլոր բժշկական ծառայությունների կամ դրանց մասի դիմաց, կարող են դիմել ֆինանսական օժանդակության համար, լրացնելով և ներկայացնելով այս ձևը: Հիվանդներն ու ընտանիքները, ովքեր բավարարում են որոշակի պահանջները եկամտի հետ կապված, կարող են դիմել անվճար կամ իջեցված գներով բժշկական ծառայություններ ստանալու համար՝ նրանց ընտանիքի չափսից և եկամուտներից կախված, նույնիսկ բժշկական ապահովագրության առկայության դեպքում:

Մեր ֆինանսական աջակցության քաղաքականությունը և սլագոդ սանդղակի ուղեցույցներին ծանոթանալու համար, խնդրում ենք անցնել հետևյալ մշտական պետական կայքի հղումով.

<https://www.providence.org/obp>

**Ի՞նչ է ներառում ֆինանսական օժանդակությունը:** Ֆինանսական օժանդակությունը ներառում է մեր նախարարություններից մեկի կողմից տրամադրվող բժշկական տեսակետից անհրաժեշտ ծառայություններ, կախված ձեր իրավասությունից: Ֆինանսական օժանդակությունը կարող է չներառել բոլոր բժշկական ծառայությունների վճարը, այդ թվում այն ծառայությունների, որոնք տրամադրվել են այլ կազմակերպությունների կողմից:

**Այս դիմումը լրացնելիս հարցեր առաջանալու կամ օգնության կարիք ունենալու դեպքում.** Մեր ֆինանսական օժանդակության քաղաքականությունը, ծրագրերի մասին տեղեկատվությունը և դիմումի նյութերը հասանելի են մեր կայքում, կամ հեռախոսով: Դուք կարող եք օգնություն ստանալ ցանկացած պատճառի հիման վրա, այդ թվում՝ հաշմանդամության և լեզվական օգնություն: Մեզ հետ կարող եք կապվել հետևյալ կերպով՝

<https://www.providence.org/obp>

Հաճախորդների սպասարկման ներկայացուցիչների հետ հետևյալ կերպով՝ 503-215-3030 կամ 866-747-2455 Երկուշաբթի - Ուրբաթ՝ առավոտյան ժամը 8:00-ից մինչև երեկոյան ժամը 8:00-ը

### **Որպեսզի ձեր դիմումին ընթացք տրվի, դուք պետք է ներկայացնեք.**

- **Ձեր ընտանիքի մասին տեղեկատվություն**  
Նշեք Ձեր ընտանիքում ապրող անդամների թիվը (ընտանիքը ներառում է մարդկանց, որոնք կապված են միմյանց հետ ծննդի, ամուսնության կամ որդեգրման հիման վրա և ապրում են միասին)
- **Տեղեկատվություն Ձեր ընտանիքի համախառն ամսական եկամտի մասին** (եկամուտը մինչև հարկումն ու նվազեցումները)
- **Հայտարարեք հիմնական միջոցների մասին** (ինչպես նշված է ֆինանսական օժանդակության դիմումի ձևում)
- **Կցեք լրացուցիչ տեղեկատվությունը անհրաժեշտության դեպքում**
- **Ստորագրեք ֆինանսական օժանդակության ձևը և նշեք ամսաթիվը**

**\*\*Պահանջվում է Եկամտի աղբյուրի հաստատում\*\***

**Խնդրում ենք Ձեր ձևի հետ միասին կցել հետևյալ փաստաթղթերի պատճենները.**

- 3 ամսվա աշխատավարձի ստացման անդորրագրեր
- Վերջերս լրացված հարկագրեր ընտանիքի բոլոր անդամների համար
- Խնդրում ենք տրամադրել որևէ այլ եկամտի աղբյուրի ապացույց, ինչպես նշված է ֆինանսական օժանդակության դիմումի ձևում

**Ծանոթություն. Ֆինանսական օժանդակության համար դիմելիս Դուք չեք պարտադրվում տրամադրել Սոցիալական**

**Ապահովության համարը:** Ձեր Սոցիալական Ապահովության համարը տրամադրելիս արագացվում է դիմումի մշակման ընթացքը: Սոցիալական Ապահովության համարները մեզ հարկավոր են տրամադրված տեղեկատվությունը ստուգելու համար: Եթե չունեք Սոցիալական Ապահովության համար, ապա նշեք “ոչ կիրառելի” կամ “Ո՛Կ”

**Ուղարկեք լրացված դիմումը դրան կցած փաստաթղթերի հետ միասին հետևյալ հղումով** (համոզվեք, որ Ձեզ համար պահպանել էք պատճեն).

<https://www.providence.org/obp>

PH&S Regional Business Office, P.O. Box 3268, Portland, OR 97208-3395

**Ձեր լրացված դիմումը անձամբ հանձնելու համար.** Ներկայացրեք մոտակա Հիվանդանոցի Գանձապահական Գրասենյակ

Մենք կտեղեկացնենք Ձեզ իրավասության և վերաքննիչ իրավունքների՝ դրանց կարառելիության դեպքում, վերջնական որոշման մասին 14 օրացուցային օրվա ընթացքում՝ ամբողջական ֆինանսական օժանդակության համար դիմումը և եկամուտը հաստատող փաստաթղթերը ստանալուց հետո:

Ներկայացնելով ֆինանսական օժանդակության դիմումը, Դուք տալիս եք Ձեր համաձայնությունը, որպեսզի մենք կատարենք ֆինանսական պարտավորությունները և տեղեկատվությունը հաստատելու վերաբերյալ անհրաժեշտ հարցումներ:

**Մենք զանկանում ենք օգնել: Խնդրում ենք անհապաղ ներկայացնել Ձեր դիմումը:  
Դուք կարող եք ստանալ հաշիվը, մինչև մենք  
ստանանք Ձեր տեղեկատվությունը:**



# Բարեգործական խնամքի/Ֆինանսական օժանդակության դիմումի ձևը՝ գաղտնի է:

*Խնդրում ենք ամբողջությամբ լրացրնել տեղեկատվությունը: Եթե այն կիրառելի չէ, ապա նշեք "Ո՛չ":*

*Անհրաժեշտության դեպքում կցեք լրացուցիչ էջեր:*

## ՀԵՏԱԶՈՏԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

Դուք ունե՞ք թարգմանչի կարիք:  Այո  Ոչ *Եթե այո, նշեք նախընտրելի լեզուն.*

Հիվանդը դիմե՞լ է Medicaid բժշկական օգնության համար:  Այո  Ոչ *Կարող է այն պահանջվել կիրառել՝ նախքան ֆինանսական օժանդակության համար դիմելը*

Արդյո՞ք հիվանդը օգտվում է պետական հանրային ծառայություններից, ինչպիսիք են՝ TANF-ը, Հիմնական սննդամթերքը կամ WIC-ը:  Այո  Ոչ

Հիվանդը ներկայումս անտու՞ն է:  Այո  Ոչ

Արդյո՞ք հիվանդի բժշկական օգնությունը կապված է ավտոմեքենայի կամ աշխատատեղում վնասվածք ստանալու հետ:  Այո  Ոչ

## ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ՀԱՇՎԻ ԱՌՆԵԼ

- Մենք չենք կարող երաշխավորել, որ Դուք կստանաք ֆինանսական օժանդակություն՝ նույնիսկ դիմելու դեպքում:
- Մեկ անգամ դիմումն ուղարկելիս մենք կարող ենք ստուգել ամբողջ տեղեկատվությունը և կարող ենք խնդրել լրացուցիչ տեղեկատվություն կամ եկամտի հաստատում:
- Լրացված դիմումն ու փաստաթղթերը ստանալուց հետո, 14 օրացուցային օրվա ընթացքում մենք կտեղեկացնենք Ձեզ օժանդակություն տրամադրելու հնարավորության մասին:

## ՀԻՎԱՆԴԻ և ԴԻՄՈՂԻ ՄԱՍԻՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

Հիվանդի անուն	Հիվանդի հայրանուն		Հիվանդի ազգանուն
<input type="checkbox"/> Արական <input type="checkbox"/> Իգական <input type="checkbox"/> Այլ (կարելի է նշել _____)	Ծննդյան ամսաթիվ		Սոցիալական Ապահովության համար (ոչ պարտադիր*)  <i>*ըստ ցանկության, սակայն այն անհրաժեշտ է օժանդակության ավելի մեծ հնարավորություն ստանալու համար՝ վերոնշյալ պետական օրենքի պահանջների ներքո</i>
Հաշիվը վճարելու համար պատասխանատու անձ	Հիվանդի հետ կապը	Ծննդյան ամսաթիվ	Սոցիալական Ապահովության համար (Social Security Number) (ոչ պարտադիր*)  <i>*ըստ ցանկության, սակայն այն անհրաժեշտ է օժանդակության ավելի մեծ հնարավորություն ստանալու համար՝ վերոնշյալ պետական օրենքի պահանջների ներքո</i>
Փոստային հասցե			Հիմնական կոնտակտային համար(ներ) ( ) _____ ( ) _____ Էլեկտրոնային փոստի հասցե. _____
Քաղաք	Նահանգ	Փոստային ինդեքս	
Հաշվի վճարման համար պատասխանատու անձի զբաղվածության կարգավիճակը <input type="checkbox"/> Աշխատող (աշխատանքի ընդունման ամսաթիվը՝ _____) <input type="checkbox"/> Գործազուրկ (որքան ժամանակ է գործազուրկ՝ _____) <input type="checkbox"/> Ինքնազբաղված <input type="checkbox"/> Ուսանող <input type="checkbox"/> Անաշխատունակ <input type="checkbox"/> Թոշակառու <input type="checkbox"/> Այլ (_____)			

## ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ ԸՆՏԱՆԻՔԻ ՄԱՍԻՆ

Նշեք Ձեզ հետ ապրող ընտանիքի անդամներին, նեռարյալ Ձեզ: "Ընտանիքը" ներառում է մարդկանց, որոնք կապված են միմյանց հետ ծննդի, ամուսնության կամ որդեգրման հիման վրա և ապրում են միասին:

### ԸՆՏԱՆԻՔԻ ԶՄՈՐ

*Անհրաժեշտության դեպքում կցեք լրացուցիչ էջեր:*

Անուն	Ծննդյան ամսաթիվ	Հիվանդի հետ կապը	Եթե 18 տարեկան է կամ ավել. Աշխատողի(ների) անունը և եկամտի աղբյուրը	Եթե 18 տարեկան է կամ ավել. Ընդհանուր համախառն ամսական եկամուտը (մինչև հարկումը)	Նաև դիմում է թ ֆինանսական օժանդակության համար:
					Այո / Ոչ
					Այո / Ոչ
					Այո / Ոչ
					Այո / Ոչ

Ընտանիքի բոլոր չափահաս անդամների եկամուտները պետք է ներկայացվեն: Եկամտի աղբյուրը ներառում է, օրինակ՝

- Աշխատավարձ - Գործազրկություն - Ինքնազբաղվածություն - Աշխատողի փոխհատուցում - Անաշխատունակություն
- SSI (Սոցիալական ապահովության եկամուտ) - Երեխայի/կողակցի համար նպաստ - Աշխատանքային ուսումնական ծրագրեր (ուսանողների) - Թոշակ - Կենսաթոշակային բաշխման հաշիվ - Այլ (խնդրում ենք պարզաբանել \_\_\_\_\_)



# Բարեգործական խնամքի/Ֆինանսական օժանդակության դիմումի ձևը՝ գաղտնի է:

## ԵԿԱՍՏԻ ՄԱՍԻՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

*Հիշե՛ք՝ Ձեր դիմումի հետ պետք է ներկայացնեք եկամտի ապացույց:*

Դուք պետք է ներկայացնեք Ձեր ընտանիքի եկամտի մասին տեղեկատվություն: Եկամտի հաստատումը հարկավոր է ֆինանսական օժանդակությունը որոշելու համար:

**Ընտանիքի 18 տարեկան կամ ավել տարիքի բոլոր անդամները պետք է ներկայացնեն իրենց եկամուտը: Եթե չեք կարող տրամադրել փաստաթղթեր, ապա կարող եք ներկայացնել Ձեր եկամուտը նկարագրող գրավոր ստորագրված տեղեկանք: Խնդրում ենք տրամադրել յուրաքանչյուր ներկայացված եկամտի աղբյուրի ապացույց:**

**Եկամտի ապացուցման օրինակները ներառում են.**

- “W-2” պահումների մասին քաղվածք, կամ
- Աշխատավարձի ստացման անդորրագրեր (3 ամսվա), կամ
- Անցյալ տարվա եկամտահարկի հարկագրեր, ներառյալ տեղեկագրերը, եթե կիրառելի է, կամ
- Գրավոր, ստորագրված տեղեկանքներ գործատուներից կամ ուրիշներից, կամ
- Medicaid բժշկական օգնություն/ կամ պետական ֆինանսավորմամբ բժշկական օգնություն ստանալու հնարավորության հաստատում/մերժում, կամ
- Գործազրկության փախհատուցում ստանալու հնարավորության հաստատում/մերժում:

Եթե չունեք եկամտի ապացույց կամ չունեք եկամուտ, խնդրում ենք կցել բացատրական լրացուցիչ էջ:

## ԾԱՌՄԵՐԻ ՄԱՍԻՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

*Մեզ հարկավոր է այս տեղեկատվությունը՝ Ձեր ֆինանսական դրության աստիճանը ամբողջական պատկերը ստանալու համար:*

Ամսական Կենցաղային ծախսեր:

Վարձակալական/հիփոթեքային	\$ _____	Բժշկական ծախսեր	\$ _____
Ապահովագրավճարներ	\$ _____	Կոմունալ վճարներ	\$ _____
Այլ պարտքեր/ծախսեր	\$ _____	(երեխայի համար նպաստ, վարկեր, դեղամիջոցներ, այլ)	

## ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՄԻՋՈՑԻ ՄԱՍԻՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

*Այս տեղեկատվությունը հարկավոր է, եթե Ձեր եկամուտը գերազանցում է Դաշնային աղքատության ուղեցույցի 200%-ը:*

Հաշվեկշռի ընթացիկ ստուգում

\$ \_\_\_\_\_

Ընթացիկ խնայողական հաշվեկշիռ

\$ \_\_\_\_\_

Արդյո՞ք ձեր ընտանիքն ունի այլ միջոցներ:

**Խնդրում ենք նշել բոլոր կիրառելիները**

- Բաժնետոմսեր     Փոխառության տոմսեր     401K
- Բժշկական խնայողական հաշիվ(ներ)     Հավատարմագրային հիմնադրամ(ներ)
- Անշարժ գույք (բացի առաջնային բնակության)     Մեփական բիզնես

## ԼՐԱՑՈՒՑԻՉ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

Խնդրում ենք կցել լրացուցիչ էջ, եթե ունեք Ձեր ֆինանսական դրությունը ներկայացնող այլ տեղեկատվություն, որը ցանկանում եք ներկայացնել մեզ, որպես ֆինանսական դժվարություններ, օրինակ՝ սեզոնային կամ ժամանակավոր եկամուտ կամ անձնական կորուստ:

## ՀԻՎԱՆԴԻ ՀԱՄԱՁԱՅՆՈՒԹՅՈՒՆ

Ես հասկանում եմ, որ Providence Health & Services ծրագրի ներքո կարող է ստուգվել տեղեկատվությունը, վարկային տեղեկատվությունը վերանայելով և այլ աղբյուրներից տեղեկատվություն ստանալով, որպեսզի աջակցել ֆինանսական օժանդակություն ստանալու կամ վճարային ծրագրերից օգտվելու հնարավորության որոշմանը:

Ես հաստատում եմ, որ վերը նշված տեղեկատվությունը արժանահավատ և ճիշտ է՝ ըստ իմ իմացության: Ես հասկանում եմ, որ իմ կողմից ներկայացված տեղեկատվության կեղծ լինելու դեպքում, ֆինանսական օժանդակության տրամադրումը կմերժվի, և ես կկրեմ պատասխանատվություն ու կվճարեմ մատուցված ծառայությունների դիմաց:

Իմնող անձի ստորագրությունը \_\_\_\_\_

Ամսաթիվը \_\_\_\_\_