



ԲՈՒԺԱՌՈՒԻ ԱՆՈՒՆԸ՝
ՀԱՇՎԻ ՀԱՄԱՐԸ՝

Շնորհակալություն, որ թույլ տվեցիք Համայնքային Բժշկական կենտրոններին հոգալ ձեր առողջապահական կարիքները:

Ֆինանսական աջակցության դիմումը կցվում է ֆինանսական դժվարությունների հավանականությունը որոշելու համար: Եթե Դուք հետաքրքրված եք դիմել, խնդրում ենք լրացնել դիմումը և վերադարձնել այն հաջորդ (15) տասնհինգ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Խնդրում ենք Ձեր դիմումին կցել հետևյալ փաստաթղթերի պատճենները՝

Ընտանիքի բոլոր անդամների եկամտի վերաբերյալ տեղեկանք՝

1. Երեք (3) վերջերս արված վճարման կտրոն, W-2 կամ տակավին վերջերս լրացված եկամուտների վերաբերյալ հայտարարագիր *կամ*
2. Եթե անհատ ձեռնարկատեր եք, տրամադրեք տակավին վերջերս լրացված եկամուտների վերաբերյալ հայտարարագիր (այդ թվում schedule C) կամ
3. Եթե չեք աշխատում, կցեք գործազրկության փոխհատուցման նպաստի հայտարարագիրը կամ
4. Պաշտոնաթղ լինելու/կենսաթոշակի քաղվածք (եթե առկա է) կամ
5. Եթե պետական աջակցություն եք ստանում, խնդրում ենք տրամադրել հետևյալ պետական ծրագրերից որևէ մեկում իրավասության/ներկայիս ներգրավվածության վերաբերյալ ապացույց՝ Medicare Savings Program, Cal WORKS, Cal Fresh (Food Stamps), SSI/SSP (Supplemental Security Income/State Supplementary Payment), կամ WIC (Women, Infants and Children)

Այն բուժառուները, ովքեր ունեն բժշկական ապահովագրություն, **պետք է** նաև փաստաթղթեր տրամադրեն հաստատելու համար, որ ընտանեկան եկամտի 10%-ը վճարվել է **կամ** վճարվել է բժշկական ծախսերի դիմաց վերջին 12 ամիսների ընթացքում: Բոլոր հաշվի մնացորդները, բժշկական վճարումները/անդորրագրերը, դեղատան և բժշկական ապահովագրության վճարները կարող են կիրառվել 10%-ի նկատմամբ:

Համայնքային Բժշկական Կենտրոնները հանձնառված են ծառայելու մեր համայնքին: Մենք ուրախ ենք, որ կարողացել ենք Ձեզ աջակցել կարիքի պահին:

Եթե ունեք հարցեր կապված սույն հաշվի հետ կամ փաստաթղթերի վերաբերյալ, խնդրում ենք զանգահարել մեզ (559) 459-3939 կամ (800) 773-2223 հեռախոսահամարներով, տարբերակ #3: Թերի դիմումին ընթացք չի տրվելու:

Ուղարկե՛ք լրացված և ստորագրված դիմումը և փաստաթղթերը ստորև նշված հասցեով կամ ֆաքսով (559) 230- 8505 համարին՝
Patient Financial Services
Community Medical Centers
PO Box 1232
Fresno, CA 93715-9889

Ձևաթղթի հանձնման/ուղարկելու ամսաթիվը _____ Ձևաթուղթը վերադարձնել մինչև _____

CMC Ֆինանսական Աջակցության Դիմում

ԲՈՒԺԱՌՈՒԻ ԱՆՈՒՆ	ԲՈՒԺԱՌՈՒԻ ՀԱՇԻՎ #
	ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ՊԱՏՄՈՒԹՅՈՒՆ #

I. ԲՈՒԺԱՌՈՒ/ՊԱՏԱՍԽԱՆԱՏՈՒ ԿՈՂՄ

ԱԶԳԱՆՈՒՆ	ԱՆՈՒՆ ՄԻՋԻՆ ԱՆՎԱՆ ՍԿԶԲՆԱՏԱՌ
ՓՈՂՈՑԸ ԵՎ ՏԱՆ ՀԱՄԱՐԸ	ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ #
	ՏԱՆ ՀԵՌԱԽՈՍԱՅԱՄԱՐԸ
	ԲԶԶԱՅԻՆ ՀԵՌԱԽՈՍԱՅԱՄԱՐԸ
ԳՈՐԾԱՏՈՒԻ ԱՆՈՒՆԸ	ԱՇԽԱՏԱՆՔԱՅԻՆ ՀԵՌԱԽՈՍԱՅԱՄԱՐԸ
	ՀԱՄԱԽԱՆՈՆ ԱՄՍԱԿԱՆ ԵԿԱՄՈՒՏԸ \$

ԿԻՆ/ԱՄՈՒՍԻՆ/ՔԱՂԱՔԱՑԻԱԿԱՆ ԿԻՆ/ԱՄՈՒՍԻՆ

ԱԶԳԱՆՈՒՆ	ԱՆՈՒՆ ՄԻՋԻՆ ԱՆՎԱՆ ՍԿԶԲՆԱՏԱՌ
ՓՈՂՈՑԸ ԵՎ ՏԱՆ ՀԱՄԱՐԸ	ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ #
	ՏԱՆ ՀԵՌԱԽՈՍԱՅԱՄԱՐԸ
	ԲԶԶԱՅԻՆ ՀԵՌԱԽՈՍԱՅԱՄԱՐԸ
ԳՈՐԾԱՏՈՒԻ ԱՆՈՒՆԸ	ԱՇԽԱՏԱՆՔԱՅԻՆ ՀԵՌԱԽՈՍԱՅԱՄԱՐԸ
	ՀԱՄԱԽԱՆՈՆ ԱՄՍԱԿԱՆ ԵԿԱՄՈՒՏԸ \$

III. ԸՆՏԱՆԻՔԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

Թվարկեք կին/ամուսին, քաղաքացիական կին/ամուսին, ինամքի տակ գտնվող 21 տարին չլրացած երեխաներ: Եթե բուժառուև անչափահաս է, թվարկեք բոլոր ծնողներին, ինամակալ հարազատներին և (21 տարին չլրացած քույրերին և եղբայրներին)

ԱՆՈՒՆԸ	ԾՆՆԴՅԱՆ ԱՄՍԱԹԻՎԸ	ԿԱՊԸ

ՏԱՆ ԲՈԼՈՐ ԱՆԴԱՄՆԵՐԸ

IV. ԱՄՍԱԿԱՆ ՀԱՄԱԽԱՈՆ ԵԿԱՍՈՒՄԸ	
Բուժառուի/Պատասխանատու կողմի ամսական եկամուտը	\$
Կնոջ/ամուսնու/Զաղաքացիական կնոջ/ամուսնու ամսական եկամուտը (եթե առկա է)	\$
Կենսաթոշակային եկամուտ	\$
Ստացված Ալիմենտ/Ապրուստի միջոց	\$
Գործազրկություն կամ աշխատավայրում դժբախտ պատահարի ապահովագրություն	\$
Սոցիալական ապահովագրություն/աշխատունակությունը կորցնելու հետ կապված սոցիալական ապահովագրություն	\$
Այլ եկամուտներ	\$
Եթե ալիմենտը/ ապրուստի միջոցը վճարված է, նվազեցրե՞ք այստեղ	\$
ԸՆԴԱՄԵՆԸ ԱՄՍԱԿԱՆ ՀԱՄԱԽԱՈՆ ԵԿԱՍՈՒՄՏ =	\$

V. ԱՅԼ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ		
	Այո	Ոչ
Դուք 18 տարեկանից բա՛րձր եք և գտնվում եք Ձեր ծնողների եկամտահարկի վերաբերյալ հայտարարագրի ներքո՞:		
Դուք գրանցվա՞ծ եք՝ Medicare Savings Program, Cal WORKS, Cal Fresh (Food Stamps), SSI/SSP (Supplemental Security Income/State Supplementary Payment), or WIC (Women, Infants and Children) ծրագրերում:		
Դուք բժշկական ապահովագրություն ունե՞ք:		
Սույն այցելությունը երրորդ կողմի կողմի՞ց է պատճառվել, ինչպես օրինակ ավտովթար կամ սայթաքել և ընկնել:		
Դուք Medi-Cal-ի կամ Medicare-ի համար դիմե՞լ եք:		
Դուք Covered California-ի համար դիմե՞լ եք:		

ԹԵՐԻ ԿԱՄ ԿԵՐԾ ԴԻՄՈՒՄՆԵՐԸ ՄԵՐԺԿԵԼՈՒ ԵՆ

ԼՐԱՑՆԵԼՈՎ ՍՈՒՅՆ ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ՀԱՅՏԱՐԱՐԱԳԻՐԸ, ԵՍ ՍՈՒՅՆՈՎ ՀԱՎԱՍՏԻԱՑՆՈՒՄ ԵՄ, ՈՐ ԿԵՐՈՒՄ ԴԻՄՆԵՐԸ ՃՇԳՐԻՏ ԵՎ ԱՄԲՈՂԱԿԱՆ ԵՆ, ԵՎ ՏԱԼԻՍ ԵՄ ԻՄ ՀԱՄԱՁԱՅՆՈՒԹՅՈՒՆԸ ՀԱՄԱՅՆՔԱՅԻՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԿԵՆՏՐՈՆՆԵՐԻ ԿՈՂՄԻՑ ՀԵՏԱԳԱ ԱՏՈՒԳՄԱՆ ՀԱՄԱՐ:

ԱՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ _____

ՏՊԱԳՐՎԱԾ ԱՆՈՒՆ՝ _____

ԱՄՍԱԹԻՎ՝ _____

ԿԱՊԸ ԵԹԵ ԾՆՈՂԻՑ ԲԱՑԻ ԱՅԼ ԱՆՁ Է՝ _____

Ուղարկե՛ք լրացված դիմումը և փաստաթղթերը ստորև նշված հասցեով կամ ֆաքսով (559) 230- 8505 համարին՝

Patient Financial Services
 Community Medical Centers
 PO Box 1232
 Fresno, CA 93715-9889