

[ԳԱՂՏՆԻ ԴԻՄՈՒՄ ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ]

[Trinity Health-ի հաստատությունների և բժիշկների կողմից տրամադրվող հիվանդանոցային և մասնագիտական ծառայությունների համար]

Անձնական և գաղտնի

Շնորհակալություն Saint Agnes Medical Center-ը որպես ձեր առողջապահական մատակարար ընտրելու համար: Խնդրում ենք լրացնել կից դիմումը և վերադառնալ ստորև նշված հասցեով ձեր ֆինանսական օգնության գնահատումն ավարտելու համար:

Հարցերի դեպքում դիմեք մեր Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն 800-494-5797 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ առավոտյան 9:00-17:00:

Հարգանքով`

Trinity Health կազմակերպության հիվանդների ֆինանսական ծառայություններ
Saint Agnes Medical Center-ի անունից
20555 Victor Parkway
Livonia, MI 48152

[ԳԱՂՏՆԻ ԴԻՄՈՒՄ ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ]

[Trinity Health-ի հաստատությունների և բժիշկների կողմից տրամադրվող հիվանդանոցային և մասնագիտական ծառայությունների համար]

[Խնդրում ենք լրացնել 3 ստորագրելի դիմումի ձյը 3 վերադարձնել 10 օրվա ընթացքում, այդ թվում հետոյալ փաստաթղթերի պատճենները.]

[Պահանջվող ստուգումներ]

- [Համախառն եկամտի վերջին մեկ ամսվա ապացույց]
 - [Վերջին երկու ամիսների ամբողջական բանկային հաշվետվությունները բոլոր բանկային հաշիվների համար բոլոր էջերը ներառված (պարբերական ավանդների բացատրությամբ)]
 - [Վերջին հարկային հայտարարագրեր (1040 ձև C, E կամ F ժամանակացույցով) կամ եռամսյա շահույթի և վնասի մասին հաշվետվություն (ինքնագրադրվածների/կախյալ անձանց համար)]
- [Ներկայացնել հետևյալը, եթե կիրառելի է]
- [Վերջին W2 սեզոնային եկամուտների համար] [Գործազրկության նպաստ/ մերժման նամակ] [Երեխայի աջակցության եկամուտ/ալիմենտ]
 - [Եկամուտ չունեցող – Ամբողջական ֆինանսական աջակցության դիմում-նամակ]

Տեղեկություններ հիվանդի մասին

[Հիվանդի անունը]	[Ծննդյան ամսաթիվ]
------------------	-------------------

[Սոցիալական ապահովության/EIN համարը (ընտրովի)]	[Բջջային հեռախոս]	[Այլ հեռախոս]
--	-------------------	---------------

[Փոստային հասցե]	[Քաղաք]	[Նահանգ]	[Փոստային ինդեքս]
------------------	---------	----------	-------------------

[Էլեկտրոնային հասցե]	[Ո՞ր նահանգի բնակիչ եք]
----------------------	-------------------------

[Ամուսնական կարգավիճակ] [Ամուրի] [Ամուսնացած] [Ամուսնալուծված] [Այլ] _____

[Դուք ներկայացնո՞ւմ եք դաշնային հարկային հայտարարագիր:] <input type="checkbox"/> [Այո] <input type="checkbox"/> [Ոչ]	[Ձեզ կարելի՞ է համարել ուրիշի հարկային հայտարարագրից կախված:] <input type="checkbox"/> [Այո] <input type="checkbox"/> [Ոչ]
--	--

[Դուք կամ ձեր ինամյալները ունեցե՞լ եք առողջության ապահովագրության ծածկույթ ծառայությունից օգտվելիս:
 [Այո] [Ոչ] [(Տրամադրել ապահովագրական քարտի պատճենը)]

[Դուք փաստաթղթերով Միացյալ Նահանգների բնակիչ համարվո՞ւմ եք: [Այո] [Ոչ] [Նախընտրում եմ չպատասխանել]

[Ընտանիքի անդամները, ներառյալ Դուք՝ ձեր վերջին հարկային հայտարարագրերի հիման վրա]	[Ծննդյան ամսաթիվ]	[Կապը հիվանդի հետ]	[Դիմել եք հարկային հայտարարագրի համար(Այո/Ոչ)]

[ԳԱՂՏՆԻ ԴԻՄՈՒՄ ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ]

[Trinity Health-ի հաստատությունների և բժիշկների կողմից տրամադրվող հիվանդանոցային և մասնագիտական ծառայությունների համար]

[Եկամտի ստուգում ընտանիքի բոլոր անդամների համար]

[Ամսական եկամտի աղբյուր]	[Ո՞վ է ստանում այսքան]	[Համախառն ամսական եկամուտ (առանց հարկերի)]	[Ամսական եկամտի աղբյուր]	[Ո՞վ է ստանում այսքան]	[Համախառն ամսական եկամուտ (առանց հարկերի)]
[Աշխատավարձ]			[Աշխատողի փոխհատուցում]		
[Սոցիալական ապահովություն/հաշմանդամություն]			[Գործազրկություն]		
[Կենսաթոշակ]			[Երեխայի աջակցություն/ալիմենտ]		
[Ինքնազբաղվածություն]			[Վարձակալությամբ տրված հողի եկամուտ]		
[Հանրային աջակցություն]			[Այլ]		

[Ֆինանսական աջակցության նամակ - պետք է լրացվի միայն աջակցություն տրամադրող անձի կողմից]

- [Ես տրամադրում եմ ավելի քան 50% աջակցություն հիվանդի կենսաապահովման ծախսերի համար, բայց ես ի վիճակի չեմ օգնել բժշկական վճարների հարցում:]
- [Ստորագրելով այս նամակը՝ ես հաստատում եմ, որ վերը նշված հայտարարությունը ճիշտ է, և որ ես ոչ մի կերպ պատասխանատվություն չեմ կրի հիվանդի վճարների համար: Հարցերի դեպքում դիմել ինձ _____ (Հեռախոսահամարով)]

[Աջակցություն տրամադրող անձի անունը]	[Կապը հիվանդի հետ]
[Աջակցող անձի ստորագրությունը]	[Ամսաթիվ]

[ԳԱՂՏՆԻ ԴԻՄՈՒՄ ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ]

[Trinity Health-ի հաստատությունների և բժիշկների կողմից տրամադրվող հիվանդանոցային և մասնագիտական ծառայությունների համար]

[ԵՎԱՄՏԻ ԵՎ ԻՆՔՆՈՒԹՅԱՆ ԱՏՈՒԳՈՒՄ]

[Ես հավաստում եմ, որ այս դիմումը թվարկված տեղեկությունները ճշմարիտ են և ամբողջական՝ իմ իմացության չափով: Ես հասկանում եմ, որ տրամադրված տեղեկատվությունը ենթակա է ստուգման: Ես պատասխանատու կլինեմ վճարել Trinity Health գործընկեր կազմակերպություններում մատուցվող ցանկացած ծառայության համար, եթե վերը նշված տեղեկատվության մեջ կեղծիք հայտնաբերվի:]

[Հիվանդի ստորագրությունը]. _____ [Ամսաթիվ]. _____

[Կամ օրինական խնամակալի ստորագրությունը (եթե կիրառելի է)]. _____ [Ամսաթիվ]. _____

[Կապը հիվանդի հետ]. _____ [Ամսաթիվ]. _____

[Խնդրում ենք ուղարկել ձեր դիմումը վերը նշված հասցեով, ֆաքս ուղարկել 312-871-3350 համարով կամ փաստաթղթեր վերբեռնել MyChart (Հիվանդների պորտալ) միջոցով - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք դիմել/զանգել մեր Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն 800-494-5797 համարով երկուշաբթիից ուրբաթ, 9:00 -17:00:]