

Atlantic Health System

MORRISTOWN MEDICAL CENTER
100 Madison Avenue Interoffice Box 111
Morristown NJ 07960

OVERLOOK MEDICAL CENTER
99 Beauvoir Avenue Interoffice Box 237
Summit, NJ 07902

NEWTON MEDICAL CENTER
175 High Street
Newton, NJ 07860

CHILTON MEDICAL CENTER
97 W. Parkway ATTN: Financial Counseling
Pompton Plains, NJ 07444

HACKETTSTOWN MEDICAL CENTER
651 Willow Grove Street
Hackettstown, NJ 07840

Դուք պատասխանատվություն եք կրում բոլոր պահանջվող փաստաթղթերը՝ ֆինանսական օժանդակության դիմում-հայտը և դրանց հավաստագրումը մեզ լրացված ներկայացնելու համար: Ինչպես հիվանդը, այնպես էլ նրա ամուսինը պետք է ինքնուրույն լրացնեն հավաստագրման էջը:

Ուշադրություն դարձրեք, որ ձեր դիմումը-հայտը դիտարկելու համար, բացի ստորև թվարկված փաստաթղթերից, կարող են նաև այլ փաստաթղթեր պահանջվել: Խնդրում ենք նկատի ունենալ, որ եթե լրացել է ձեր 18 տարին, սակայն դեռ 22 տարեկան չեք և ուսանող եք, ապա անհրաժեշտ կլինի ներկայացնել ձեր անձը հաստատող փաստաթղթերը, ինչպես նաև ձեր ծնողներին կամ օրինական խնամակալներին, եղբայրներին ու քույրերին: Դուք պարտավոր եք նաև տվյալներ ներկայացնել ձեր ծնողների կամ օրինական խնամակալի եկամուտների և ակտիվների վերաբերյալ:

- Ընտանիքի յուրաքանչյուր անդամի համար պարտավոր եք ներկայացնել առանձին նույնականացման ձև, այդ թվում՝ հիվանդի, կնոջ/ամուսնու ու անչափահաս երեխաների վերաբերյալ: Անձը հաստատող ընդունելի փաստաթղթերն են. ԱՄՆ վարորդական իրավունքի վկայականը, անձնագիրը, սոցիալական ապահովագրության քարտը, ծննդյան վկայականը, օտարերկրացու կացության քարտը կամ աշխատակցի անձնագիրը:
- Հաստատում եմ բնակության հասցե (ծառայության/դիմում-հայտի ամսաթիվը) _____-ի դրությամբ: Բնակության հասցեն հաստատող ընդունելի ձևեր կարող են հանդիսանալ ստորև նշված փաստաթղթերը, որոնց ամսաթվերն ուղիղ նախորդում են ծառայության/դիմում-հայտի տրման ամսաթվին. վարձակալության կամ կոմունալ ծառայությունների վարձավճարի անդորրագիրը: Փոստային նամակը, որում նշված է հիվանդի անունը և հասցեն, նույնպես ընդունելի է, սակայն այն պետք է ծառայության/դիմում-հայտի տրման ամսաթվից ոչ ավել, քան 2 ամսվա վաղեմության ժամկետ ունենա: Ծառայության տրամադրման ամսաթվից հետո տրված որևէ փաստաթուղթ հիմք չի ընդունվի: Փոստային հասցեները հիմք չեն ընդունվում:
- Կդիտարկվեն ինչպես հիվանդի, այնպես էլ նրա կնոջ/ամուսնու ծառայության/դիմում-հայտի տրման ամսաթվից ուղիղ մեկ ամիս, երեք ամիս կամ մեկ տարի առաջ ունեցած համախառն եկամուտը հաստատող փաստաթղթերը: Պահանջվող փաստաթղթերը կարող են ներառել հետևյալը.
 - Գործատուի վճարած աշխատավարձերի ամփոփագիր (4 անընդմեջ շաբաթվա համար՝ անմիջապես նախքան _____-ը)
 - Գործազրկության նպաստի մասին տեղեկատվություն (4 անընդմեջ շաբաթվա համար՝ անմիջապես նախքան _____-ը)
 - Սոցիալական պաշտպանություն կամ այլ արտոնություններ հատկացնելու նամակը, որտեղ նշված է կենսաթոշակի, հաշմանդամության, երեխաների նպաստների, ալիմենտների, ռենտայի և այլ վճարումների մեծությունը...
 - Տպագիր նամակ գործատուից՝ ֆիրմային բլանկի վրա, որտեղ նշված պետք է լինի աշխատանքային ստաժի տևողությունը, վճարումների պարբերականությունը և ստացված վարձատրության համախառն գումարը: (Մոտավոր գումար չի կարող նշվել, այն պետք է լինի ճշգրիտ և պարունակի "համախառն" բառը):

Atlantic Health System

- Հաշվապահի հայտարարագիրը նորմավորված համախառն եկամտի վերաբերյալ, եթե հիվանդը և/կամ նրա կինը/ամուսինը սեփական բիզնես ունեն: Պետք է ներառի ՀՎՀՀ-ն և ստորագրված լինի փաստաթուղթը կազմած անձի կողմից: Պետք է համապատասխանի ծառայությունների կամ դիմում-հայտի տրման ամսաթվից ուղիղ մեկ ամիս, երեք ամիս կամ մեկ տարի առաջվա ամսաթվին: Ստորև նշված են պահանջվող ճշգրիտ ամսաթվերը՝ ____/____/____ մինչև ____/____/____.
- Հայտարարություն պաշտպանություն իրականացնող, կացարան և սնունդ տրամադրող անձի կողմից, եթե հիվանդը և նրա կինը/ամուսինը որևէ եկամուտ չեն ստանում:
- Նոր տրված տեղեկանք բանկից (քաղվածք հաշվարկային և խնայողական հաշիվներից) ինչպես հիվանդի, այնպես էլ կնոջ/ամուսնու համար (ծառայության/դիմում-հայտի տրման ամսաթվի դրությամբ) _____: Մեզ անհրաժեշտ են նաև բոլոր կենսաթոշակային ֆոնդերի, նպատակային հիմնադրամների, ավանդային հավաստագրերի (CD), գլխավոր կացարանից բացի, սեփականության իրավունքով տիրապետվող այլ անշարժ գույքի, բաժնետոմսերի, պարտատոմսերի, կենսաթոշակային ժառանգության իրավունքի և ցանկացած այլ իրացվելի ակտիվների արժեքի մեծության մասին տեղեկություններ:
- Վերջին ներկայացված հարկային հայտարարագիրը՝ ներառյալ բոլոր _____

| |
|-----------------------------------|
| _____ MORRISTOWN MEDICAL CENTER |
| _____ OVERLOOK MDICAL CENTER |
| _____ NEWTON MEDICAL CENTER |
| _____ CHILTON MEDICAL CENTER |
| _____ HACKETTSTOWN MEDICAL CENTER |

Atlantic Health System

ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ՕԲՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ ՍՏԱՆԱԼՈՒ ԴԻՄՈՒՄ-ՀԱՅՏ

| | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| Հիվանդի անունը Ծննդյան ամսաթիվը | Սոցիալական ապահովության համարանիշը |
|------------------------------------|------------------------------------|

| | | | |
|-------|-------|-------|-----------------|
| Հասցե | Քաղաք | Երկիր | Փոստային ինդեքս |
|-------|-------|-------|-----------------|

| | | |
|----------|----------------------|------------------|
| Գործատու | Տնային հեռախոսահամար | Համախառն եկամուտ |
|----------|----------------------|------------------|

Այլ եկամուտներ մատուցման ամսաթվի դրությամբ

Ընտանեկան համախառն եկամուտը (ծառայությունների)

| | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--|--------------------|
| Մշխատավարձ \$ | Գործազուրկ \$ | Վերջին 12 ամիսների ընթացքում | Վերջին 3 ամիսների ընթացքում | ՏԱՐԵԿԱՆ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐԸ |
| Սոցիալական ապահովագրություն \$ | Մշխատավարձ/Վարձատրություն \$ | Ընտանեկան կազմը | Անդամների անուններն ու ծննդյան ամսաթվերը | |
| VA կենսաթոշակ \$ | Ալիմենտներ \$ | | | |
| Վարձակալություն \$ | Այլ \$ | | | |

| | | | |
|---|--|-----------------------|------------------------------|
| Իրացվելի ակտիվներ | | | |
| Խնայողական հաշիվ | Հաշվարկային հաշիվ | Ավանդային հավաստագրեր | Պետական պարտատոմսեր |
| Կենսաթոշակային ծառանգության իրավունք | Կոմերցիոն պարտատոմսեր/Կորպորատիվ արժեթղթեր | Այլ | Ընդհանուր իրացվելի ակտիվները |

Medicaid իրավունք չունեցող կատեգորիա _____ Բարձր եկամուտ
 _____ Հաշմանդամ չէ
 _____ Ոչ իրավասու օտարերկրացի

| |
|----------------------------|
| Անշարժ գույքի արժեքը \$ |
|----------------------------|

| | |
|--|--------------------------|
| Բժշկական ապահովագրության ընկերության անվանումը համարը | Ապահովագրական պայմանագրի |
|--|--------------------------|

| | | | |
|-------|-------|-------|-----------------|
| Հասցե | Քաղաք | Երկիր | Փոստային ինդեքս |
|-------|-------|-------|-----------------|

| | | |
|---|--|--------------------------------|
| Հաշվով վճարված ապահովագրական գումարը | Հաշվով չվճարված ապահովագրական գումարը | Ծառայության մատուցման ամսաթիվը |
|---|--|--------------------------------|

Մույնով հաստատում եմ, որ վերը նշված տեղեկությունները, որքանով ինձ հայտնի է, ստույգ են և ճշգրիտ: Բացի այդ, հիվանդանոցային ծախսերի իմ հաշիվները վճարելու օժանդակություն ստանալու համար, ես դիմում-հայտ կներկայացնեմ ցանկացած ծառայություն (Medicaid, Medicare, ապահովագրական ընկերություններ և այլն), որոնց վճարումը կարող է ընդունելի լինել իմ հիվանդանոցում և կգործադրեմ բոլոր ողջամիտ ջանքերը՝ նման անհրաժեշտ աջակցությունը ստանալու համար, ինչպես նաև կփոխանցեմ կամ կվճարեմ հիվանդանոցի համար գանձված գումարները: Ես ընդունում եմ, որ հիվանդանոցին Medicaid որոշման կայացման ճշգրիտ տվյալների ներկայացումը իմ պարտականությունն է:

Ես ընդունում եմ, որ սույն դիմում-հայտը նախատեսված է հիվանդանոցի համար, որպեսզի այն կարողանա իրավասու ճանաչել ինձ Պետական դեպարտամենտի առողջապահական անհատույց օգնություն ծրագրով անհատույց ծառայություններ մատուցել ինձ: Այն հիմնված է լինելու հիվանդանոցում գործող սահմանված չափանիշների վրա: Եթե պարզվի, որ իմ ներկայացրած որևէ տեղեկություն չի համապատասխանում իրականությանը: Ընդունում եմ, որ հիվանդանոցը կարող է վերանայել իմ ֆինանսական կարգավիճակը և ձեռնարկել ցանկացած կիրառելի միջոցառում:

Հարցման ամսաթիվը

Դիմողի ստորագրությունը

Atlantic Health System

ՆՇՈՒՄՆԵՐ ՄԻ՛ ԿԱՏԱՐԵՔ ՍՏՈՐԵՎ ԳԾԻՑ ՆԵՐՔԵՎ (ԾԱՌԱՅՈՂԱԿԱՆ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ՄԻԱՅՆ)

Իրավասության որոշում

| | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|--|
| Դիմում-հայտի ընդունման ամսաթիվը | Եկամուտը ստուգվել է ___ Այո ___ Ոչ | ___ Դիմում-հայտը հաստատվել է ___ առկալիված է մինչև հայտարարված եկամուտների ստուգումը ___ Առկալիված է մինչև Medicaid որոշման ստացումը |
| ___ Դիմում-հայտը մերժվել է | | |

ՊԱՏՃԱՌԸ

| | | |
|-----------------------------------|--|---------|
| Իրավասությունը՝ տոկոսներով _____% | Որոշումը կայացնող անձի ստորագրությունը | Ամսաթիվ |
|-----------------------------------|--|---------|

ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ՆԿԱՏԻ ՈՒՆԵՆԱԼ, ՈՐ ՀԱՅՏԻ ՄԵՐԺՄԱՆ ԴԵՊՔՈՒՄ ԴՈՒՔ ԿԱՐՈՂ ԵՔ ԿՐԿԻՆ ԴԻՄԵԼ ՄՅՈՒՍ
ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՍՏԱՆԱԼՈՒ ՀԱՄԱՐ

Atlantic Health System

- MORRISTOWN MEDICAL CENTER
- OVERLOOK MEDICAL CENTER
- NEWTON MEDICAL CENTER
- CHILTON MEDICAL CENTER
- HACKETTSTOWN MEDICAL CENTER

Լրացնում է հիվանդը

Հ Ա Վ Ա Ս Տ Ա Գ Ր ՈՒ Մ Ն Ե Ր

___ Ա. Ես ունեմ (#) _____ անչափահաս երեխա(ներ):

___ Բ. Ես Ամուրի, ամուսնացած, ամուսնալուծված, այրի, բաժանված եմ և չունեմ ֆինանսական կապեր իմ ամուսնու հետ:

___ Գ. Ես չեմ ստանում երեխաների աջակցության/ալիմենտային վճարներ իմ նախկին ամուսնուց/գուզընկերոջից:

Ստորագրություն _____

___ Դ. Մույնով հաստատում եմ, որ չեմ ունեցել ոչ մի եկամուտ ___/___/___ մինչև ___/___/___ թ.:

Ստորագրություն _____

___ Ե. Ծառայության ընթացքում ես եղել եմ ___ գործազուրկ կամ աշխատել եմ ___ :

Աշխատանքի անցնելու ամսաթիվը. ___/___/___ թ. ես ստանում էի \$ _____ ` շաբաթական, երկու շաբաթը մեկ անգամ, ամսական, տարեկան:

Այլ եկամուտներ` _____ \$ _____ շաբաթական, երկու շաբաթը մեկ անգամ, ամսական, տարեկան:

___ Զ. Մույնով հաստատում եմ, որ չունեմ որևէ այլ ակտիվ:

Ստորագրություն _____

___ Է. Մույնով հաստատում եմ, որ անտուն և թափառաշրջիկ եմ ___/___/___ թ.-ից: Ես երբեմն ապրում եմ/չեմ ապրել սոցիալական կացարանում:

Ես ունեմ/չունեմ ինքնությունը հաստատող փաստաթուղթ:

Անվանում/Կացարանի հասցեն. _____

Ստորագրություն _____

___ Ը. Մույնով հաստատում եմ, որ եկամուտների որևէ հայտարարագիր չեմ ներկայացրել _____ տարվա համար, քանի որ _____.

___ Ի. Մույնով հաստատում եմ, որ չունեմ բժշկական ապահովագրություն:

Ստորագրություն _____

___ Ժ. Ես բնակվում եմ _____

Առանձին / Ստորև անձ(երի) հետ

___ Կ. Ես Նյու Ջերսի նահանգի բնակիչ եմ _____թ.-ից: Ես չունեմ այլ կացարան որևէ այլ նահանգում կամ երկրում և մտադիր է շարունակել բնակությունս Նյու Ջերսիում:

Ստորագրություն _____

Atlantic Health System

___ L. Ես Նյու Ջերսի նահանգի բնակիչ չեմ: Ես եղել եմ հիվանդանոցում, արտակարգ իրադրության պայմաններում.

Ստորագրություն _____

___ Խ. Մույն Հայտարարությամբ հաստատում եմ իմ ցանկությունը բարեգործական օգնություն ստանալու համար դիմելու մասին:

Ես հասկանում եմ, որ իմ ներկայացրած տեղեկությունները ենթակա են ստուգման Atlantic Health System-ի և Դաշնային Կառավարության կամ պետական մարմինների կողմից:

Այդ տեղեկությունների դիտավորյալ սխալ ներկայացումը կչեղարկի հիվանդանոցների՝ իրենց ծախսերի դիմաց փոխհատուցում ստանալու իրավունքը, որոնք ապահովագրված չեն երրորդ կողմ հանդիսացող ապահովագրական ընկերության միջոցով:

Atlantic Health System-ի պահանջի դեպքում, կդիմեմ կառավարությանը կամ այլ բժշկական օգնության մատակարարի՝ հիվանդանոցային ծախսերի հաշիվը վճարելու համար, եթե դրա իրավունքն ունենամ:

Մույնով հաստատում եմ, որ իմ եկամտի, ընտանիքի կազմի և ունեցվածքի մասին տեղեկությունները, որքանով ինձ հայտնի է, ստույգ են և ճշգրիտ:

Ստորագրություն _____

Ամսաթիվ _____

Ընթերական _____

Ամսաթիվ _____

Atlantic Health System

Եթե ամուսնացած ե, պետք է լրացնի կինը/ամուսինը

| | |
|-----|-----------------------------|
| ___ | MORRISTOWN MEDICAL CENTER |
| ___ | OVERLOOK MEDIAL CENTER |
| ___ | NEWTON MEDICAL CENTER |
| ___ | CHILTON MEDICAL CENTER |
| ___ | HACKETTSTOWN MEDICAL CENTER |

Հ Ա Վ Ա Ս Տ Ա Գ Ր ՈՒ Մ Ն Ե Ր

___ Ա. Ես ունեմ (#) _____ անչափահաս երեխա(ներ):

___ Բ. Ես Ամուրի, ամուսնացած, ամուսնալուծված, այրի, բաժանված եմ և չունեմ ֆինանսական կապեր իմ ամուսնու հետ:

___ Գ. Ես չեմ ստանում երեխաների աջակցության/ալիմենտային վճարներ իմ նախկին ամուսնուց/գուզընկերոջից:

Ստորագրություն _____

___ Դ. Սույնով հաստատում եմ, որ չեմ ունեցել ոչ մի եկամուտ ___/___/___ մինչև ___/___/___ թ.:

Ստորագրություն _____

___ Ե. Ծառայության ընթացքում ես եղել եմ ___ գործազուրկ կամ աշխատել եմ ___ :

Աշխատանքի անցնելու ամսաթիվը. ___/___/___ թ. ես ստանում էի \$ _____ ` շաբաթական, երկու շաբաթը մեկ անգամ, ամսական, տարեկան:

Այլ եկամուտներ` _____ \$ _____ շաբաթական, երկու շաբաթը մեկ անգամ, ամսական, տարեկան:

___ Զ. Սույնով հաստատում եմ, որ չունեմ որևէ այլ ակտիվ:

Ստորագրություն _____

___ Է. Սույնով հաստատում եմ, որ անտուն և թափառաշրջիկ եմ ___/___/___ թ.-ից: Ես երբեմն ապրում եմ/չեմ ապրել սոցիալական կացարանում:

Ես ունեմ/չունեմ ինքնությունը հաստատող փաստաթուղթ:

Անվանում/Կացարանի հասցեն. _____

Ստորագրություն _____

___ Ը. Սույնով հաստատում եմ, որ եկամուտների որևէ հայտարարագիր չեմ ներկայացրել _____ տարվա համար, քանի որ _____.

___ Ի. Սույնով հաստատում եմ, որ չունեմ բժշկական ապահովագրություն:

Ստորագրություն _____

___ Ժ. Ես բնակվում եմ _____

Առանձին / Ստորև անձ(երի) հետ

___ Կ. Ես Նյու Ջերսի նահանգի բնակիչ եմ _____ թ.-ից: Ես չունեմ այլ կացարան որևէ այլ նահանգում կամ երկրում և մտադիր ե շարունակել բնակությունս Նյու Ջերսիում:

Ստորագրություն _____

Atlantic Health System

___ L. Ես Նյու Ջերսի նահանգի բնակիչ չեմ: Ես եղել եմ հիվանդանոցում, արտակարգ իրադրության պայմաններում.

Ստորագրություն _____

___ Խ. Մույն Հայտարարությամբ հաստատում եմ իմ ցանկությունը բարեգործական օգնություն ստանալու համար դիմելու մասին:

Ես հասկանում եմ, որ իմ ներկայացրած տեղեկությունները ենթակա են ստուգման Atlantic Health System-ի և Դաշնային Կառավարության կամ պետական մարմինների կողմից:

Այդ տեղեկությունների դիտավորյալ սխալ ներկայացումը կչեղարկի հիվանդանոցների՝ իրենց ծախսերի դիմաց փոխհատուցում ստանալու իրավունքը, որոնք ապահովագրված չեն երրորդ կողմ հանդիսացող ապահովագրական ընկերության միջոցով:

Atlantic Health System-ի պահանջի դեպքում, կդիմեմ կառավարությանը կամ այլ բժշկական օգնության մատակարարի՝ հիվանդանոցային ծախսերի հաշիվը վճարելու համար, եթե դրա իրավունքն ունենամ:

Մույնով հաստատում եմ, որ իմ եկամտի, ընտանիքի կազմի և ունեցվածքի մասին տեղեկությունները, որքանով ինձ հայտնի է, ստույգ են և ճշգրիտ:

Ստորագրություն _____

Ամսաթիվ _____

Ընթերական _____

Ամսաթիվ _____