

Armenian:

Նվազ եկամուտ ունեցող, ապահովագրություն չունեցող կամ անպաշտպան հիվանդների ֆինանսական աջակցության ծրագիր

Անվճար խնամք կամ զեղչված խնամք
Հաճախ տրվող հարցեր

Ինչպե՞ս կարող եմ իմանալ, թե ես համապատասխանում եմ հիվանդանոցային հաշիվների համար ֆինանսական աջակցության դիմելու պահանջներին:

Սոնոմա Վալի հիվանդանոցը ֆինանսական աջակցություն, անվճար խնամք կամ զեղչված խնամք է առաջարկում բոլոր հիվանդներին:

Դուք կարող եք տեսնել, թե արդյոք համապատասխանում եք ֆինանսական աջակցության պահանջներին՝ օգտագործելով վերջին ֆեդերալ աղքատության ուղեցույցները: Կալիֆորնիայում բնակությունը ֆինանսական աջակցության համար պարտադիր է, հիվանդանոցը ֆինանսական ծառայությունների կողմից չի պահանջում քաղաքացիություն կամ օրինական բնակության ապացույց, միայն Կալիֆորնիայում բնակության փաստը:

Եթե ձեր ընտանիքի եկամուտը ցածր է ֆեդերալ աղքատության ուղեցույցների 300%-ից, դուք կարող եք համապատասխանել ֆինանսական աջակցության պահանջներին (հիվանդանոցը կպատրաստի ձեր մնացորդը՝ 100%-ով):

Եթե ձեր ընտանիքի եկամուտը գտնվում է ֆեդերալ աղքատության ուղեցույցների 301%-ից 400%-ի միջև, դուք կարող եք համապատասխանել զեղչված վճարման տարբերակին՝ թողնելով նվազագույն մնացորդ ձեր պարտավորությունը:

Եթե ձեր ընտանիքի բժշկական ծախսերը բարձր են (ամենամյա բժշկական ծախսերը կազմում են ձեր ընտանիքի եկամուտի 10%-ը), դուք կարող եք դիմել թե ֆինանսական աջակցությանը, թե զեղչված վճարման տարբերակին:

Ինչպե՞ս պետք է դիմեմ ֆինանսական աջակցություն, եթե ես ապահովագրված եմ, բայց եկամուտս ցածր է:

Բիզնեսի գրասենյակը կմեկնարկի դիմելու համապատասխանության գործընթացը, երբ ստանա լրացված դիմումի ձևն ու ընտանիքի եկամուտը հաստատող փաստաթղթերը: Լրացված դիմումի ձևը և եկամուտի հաստատող փաստաթղթերը չներկայացնելը կարող է հանգեցնել մերժման:

Ինչպե՞ս պետք է դիմեմ ֆինանսական աջակցություն, եթե ես անապահով եմ (ինքնվճարող):

Դուք պետք է նախ անցնեք մեր ֆինանսական խորհրդատուի կողմից հիվանդանոցի կանխատեսված որակավորման ստուգումը Medi-Cal-ի համար: Երբ որոշումը կատարվի, ձեզ կտրվի ստորագրման համար նամակ: Դուք պետք է ներկայացնեք ընտանիքի եկամուտի փաստաթղթեր, օրինակ՝ վերջին հարկային հայտարարագրերը: Եթե դուք հարկային հայտարարագիր չեք ներկայացրել, խնդրում ենք կցել նամակ, որում բացատրվում է, թե ինչպես եք դուք և ձեր ընտանիքը հոգում ձեր ապրուստը: Լրացրեք «Ֆինանսական աջակցության դիմում» ձևը և վերադարձրեք բոլոր հաստատող փաստաթղթերը:

Ընդունելի եկամտի ապացույցներ՝ ներառյալ հետևյալը:

- Վերջին (2 ամիս) աշխատավարձի թերթիկների պատճեն՝ դիմորդի և համադիմորդի համար
- Այլ եկամուտների (W-2 կամ 1099) փաստաթղթերի պատճեն՝ դիմորդի և համադիմորդի համար
- Այլ եկամուտների փաստաթղթերի պատճեն՝ դիմորդի և համադիմորդի համար
- Սոցիալական ապահովության ամսական հատկացման կամ եկամտի հաստատման փաստաթուղթ

Խնդրում ենք լրացված դիմումը և աջակցող փաստաթղթերը վերադարձնել Սոնոմա Վալի հիվանդանոց՝

Թեմա՝ Լիզա Ստոուն, Պացիենտի հաշիվներ, 347 Անդրյուքս փողոց, Սոնոմա, ԿԱ 95476
Փաքս: 707-935-5319, Հեռ.: 707-935-5325

Ինչպե՞ս կտեղեկացնեն ինձ իմ դիմումի որոշման մասին:

Դիմումը որակավորման վերջնական փուլում լինելուց հետո, դուք կստանաք հեռախոսազանգ մեր պացիենտների հաշիվների գրասենյակից՝ տեղեկացնելով ձեր նոր մնացորդի մասին:

Ֆինանսական աջակցություն դիմում

Պացիենտի անունը: _____ Սոցապամիջոցներ (SSN): _____

Փոքրիկի անունը: _____ Սոցապամիջոցներ (SSN): _____

Հասցե: _____

Քաղաք/Երկիր/Փոստային համարը: _____

Հաշվառման համարը: _____ Հեռախոսահամար: _____

MRN #: _____ Գարանտոր #: _____

Ընտանիքի չափը: _____ (ներառեք ձեզ, ձեր ամուսնուն և երեխաներին):

Ձեր հարկային պարտավորությունների տակ բոլոր կախյալ երեխաների ցուցակը ներկայացրեք:

Անուն Տարիք Կապ
