



Saint Agnes Medical Center

Շնորհակալություն մեր Ֆինանսական օգնության ծրագրում հետաքրքրություն ցուցաբերելու համար: Եթե Դուք և/կամ Ձեր ընտանիքի անդամներից որևէ մեկը վերջին վեց (6) ամիսների ընթացքում դիմել է Saint Agnes Medical Center (Սուրբ Ագնեսի բժշկական կենտրոն) ֆինանսական օգնության համար, խնդրում ենք մինչ այս խնդրագիրը լրացնելը զանգահարել մեր գրասենյակ (559) 450-3145 կամ (855) 224-5998 հեռախոսահամարով:

Խնդրում ենք լրացված խնդրագիրը և ստորև նշված բոլոր պահանջվող փաստաթղթերը հանձնել երեսուն (30) օրվա ընթացքում:

Բոլոր չեկերի, խնայողությունների և/կամ ներդրումային հաշիվների երեք (3) ամսվա ամբողջական, կետ-առ-կետ նշված բանկային քաղվածքները, որտեղ երևում են փոխանցումները և կանխիկացումները: Խնդրում ենք տրամադրել բացատրություն բոլոր փոխանցումների համար: (պարտադիր)

Աշխատանքային և ոչ աշխատանքային եկամուտը հաստատող փաստաթղթեր, որոնք նշված են ստորև: (պարտադիր)

1. Ձեր, Ձեր ամուսնու/կնոջ և բոլոր ենթակա անձանց վերջին երեք (3) վճարային կտրոնները, որտեղ նշված կլինեն վճարման դրույքաչափը և աշխատած ժամերի քանակը ԿԱՍ
2. Ձեր և Ձեր ամուսնու/կնոջ ընթացիկ ամսվա կամ վերջին անգամ ուղարկված ֆեդերալ հարկային հաշվետվությունը ԿԱՍ
3. Ընտանիքի անդամների/ընկերների կողմից ներկայացված հայտարարագիր այն մասին, թե ինչպես են փոխհատուցվում կենսապայմանների ծախսերը ԵՎ
4. Ձեզ, Ձեր ամուսնուն/կնոջը և բոլոր ենթակա անձանց առնչվող հետևյալ բոլոր փաստաթղթերը.
 - Ամենավերջին հարկային հաշվետվությունը, ներառյալ Եկամտի/Կորստի հայտարարագիրը, եթե Դուք անհատ ձեռներեց եք
 - Ամենավերջին հարկային հաշվետվությունը ենթակա անձանց հաստատման համար
 - Գործազրկության նպաստների հայտարարագիրը
 - Ուսանողական թոշակի նշանակման նամակը
 - Հանրային օգնության (օր. CalFresh, Medi-Cal և այլն) նշանակման նամակը
 - Սոցապահովման և/կամ Հաշմանդամության սոցապահովման թոշակի նշանակման նամակը կամ վճարագիրը
 - Այլ աղբյուրներից ստացած շահութաբաժինը, տոկոսը և եկամուտը (օր.՝ վարձակալությունից ստացած եկամուտ, ալիմենտներ, թոշակ և այլն):

Եթե չեք կարող տրամադրել այս փաստաթղթերից որևէ մեկը, խնդրում ենք բացատրագիր գրել՝ պարզաբանելով, թե ինչու փաստաթղթերը չեն հանձնվել:



Saint Agnes Medical Center

Խնդրում ենք ներկայացնել ֆինանսական օգնության խնդրագիրը և հարակից փաստաթղթերը հետևյալ հասցեով.

Saint Agnes Medical Center
Patient Business Services – Financial Services
34375 W 12 Mile Road
Farmington Hills, MI 48331

Ներկայացրեք մինչև. _____

Լրացրած խնդրագիրը ստանալուց հետո մեզ անհրաժեշտ է մոտ 30 օր՝ այն դիտարկելու համար: Եթե հարցեր ունեք կամ հարկավոր են տեղեկություններ այլ լեզվով, խնդրում ենք զանգահարել մեր գրասենյակ ստորև նշված հեռախոսահամարով:

Հարգանքներով,

Saint Agnes Medical
Center-ի Հաճախորդների
սպասարկման կենտրոն
(559) 450-3145 կամ (855) 224-5998



Saint Agnes Medical Center

**ԽՏՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ ՉՀԱՆԴՈՒՐԺՈՂ ԵՎ
ՀԱՍԱՆԵԼԻՈՒԹՅԱՆ ՊԱՀԱՆՋՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ ԾԱՆՈՒՑՈՒՄ**

Saint Agnes Medical Center-ը խոնարհվելով սրբության և յուրաքանչյուր անձի արժանապատվության առջև՝ պահպանում է կիրառելի Ֆեդերալ քաղաքացիական իրավունքների մասին օրենքները, և խտրականություն չի մտցնում պաշտպանված դասակարգումների հիման վրա, ներառյալ (սակայն դրանով չսահմանափակվելով) ռասայական, մաշկի գույնի, ազգային պատկանելիության, տարիքային, հաշմանդամության կամ սեռի հիման վրա խտրականությունները:

Saint Agnes Medical Center-ը. Հաշմանդամներին տրամադրում է անվճար օգնություն և ծառայություններ՝ մեզ հետ ազատ հաղորդակցվելու համար, օրինակ.

- Նշանների լեզվի և սովորական թարգմանչական ծառայություններ տեսապատկերով և ձայնային թարգմանչական համակարգի ցանցի միջոցով:
- Գրավոր տեղեկատվություն այլ ձևաչափերով՝ ինչպես օրինակ մեծ տառաչափով, ձայնային, հասանելի էլեկտրոնային և այլ ձևաչափերով:

Տրամադրում է լեզվական անվճար ծառայություններ ոչ անգլիախոս մարդկանց, օրինակ.

- Թարգմանչական բարձրակարգ ծառայություններ
- Այլ լեզուներով գրված տեղեկատվություն

Եթե Ձեզ անհրաժեշտ են այս ծառայությունները, խնդրում ենք զանգահարել մեզ հետևյալ հեռախոսահամարներով՝ (559) 450-3000 TTY (559) 450-3233

Եթե գտնում եք, որ Saint Agnes Medical Center-ը չի տրամադրել այս ծառայությունները կամ այլ կերպ խտրականություն է մտցրել ռասայի, մաշկի գույնի, ազգային պատկանելիության, տարիքի, հաշմանդամության կամ սեռի հիման վրա, կարող եք բողոք ներկայացնել անձամբ կամ փոստով, ֆաքսով կամ էլփոստով հետևյալ հասցեին.

Saint Agnes Medical Center, Ում. Risk Management
1303 E. Herndon Ave., Fresno, CA 93720
559-450-7475,
Էլփոստ. Information@samc.com



Saint Agnes Medical Center

Կարող եք նաև քաղաքացիական իրավունքների խախտման մասին բողոք ներկայացնել ԱՄՆ առողջապահության և սոցապահովման նախարարության Քաղաքացիական իրավունքների բաժին՝ էլեկտրոնային եղանակով, փոստով կամ հեռախոսով հետևյալ հասցեով.

Department of Health & Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room a509F,
HHH Building, Washington, DC 20201
Վեբկայք <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Հեռախոս 1-800-368-1019 TTY 1-800-537-7697



Spanish

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Chinese

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233)。

Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.)번으로 전화해 주십시오. 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Armenian

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ջանգահարեք 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните . 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Hindi

ध्यानदः यद आप हद बोलतेह तो आपके िलए मुफ्तम भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध ह। पर कॉल कर।1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Japanese

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます)まで、お電話にてご連絡ください。1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

French

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le . 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Panjabi

ਧਿਆਨ ਿਦਓ: ਜੇ ਤੁਸੀ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਿਵੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).



Portuguese

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para . 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: . 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Farsi

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233) فراهم می باشد. با تماس بگیرید

Cambodian

ប្រយ័ត្ន: បើសិនអ្នកនិយាយខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាគឺធរនសំបុត្រឥតគិតថ្លៃ។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Thai

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Lao

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Arabic

-ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1- 559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Hmong

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Samoan

MO LOU SILAFIA: Afai e te tautala Gagana fa'a Sāmoa, o loo iai auaunaga fesoasoan, e fai fua e leai se totogi, mo oe, Telefoni mai: 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Hawaiian

E NĀNĀ MAI: Inā ho‘opuka ‘oe i ka ‘ōlelo [ho‘okomo ‘ōlelo], loa‘a ke kōkua manuahi iā ‘oe. E kelepona iā 1- 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).



ԿՈՆՏԻԴԵՆՑԻԱԼ ԽՆԴՐԱԳԻՐ ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ

Անդամակից բժիշկների կամ այլ ծառայություն մատուցողների կողմից մատուցված պրոֆեսիոնալ ծառայությունների համար կարող է առանձին հաշիվ ներկայացվել: Ֆինանսական օգնության խնդրագիրը կարգավորվում է այդ ծառայություն մատուցողների հայեցողությամբ՝ համաձայն իրենց կանոնների, ընթացակարգերի և կիրառելի կանոնակարգումների: Սույն խնդրագրում ներկայացված տեղեկությունները կարող են տրամադրվել անդամակից ծառայություն մատուցողներին՝ հիվանդին օգնություն ցուցաբերելու նպատակով: Saint Agnes Medical Center-ը խոնարհվելով սրբության և յուրաքանչյուր անձի արժանապատվության առջև՝ պահպանում է կիրառելի ֆեդերալ և նահանգային օրենքները, և խտրականություն չի մտցնում պաշտպանված դասակարգումների հիման վրա, ներառյալ (սակայն դրանով չսահմանափակվելով) ռասայական, մաշկի գույնի, ազգային պատկանելիության, տարիքային, հաշմանդամության կամ սեռի հիման վրա խտրականությունները:

Հիվանդի անունը			Ծննդյան ամսաթիվը
Փոստային հասցեն		Հեռախոսը	Հաղորդագրությունների հեռախոսը
Քաղաքը/Նահանգը/ Փոստային դասիչը			Սոցապահովման համարը
Փոստային առաքման հասցեն (եթե այլ է) կամ, եթե նախընտրում եք, էլեկտրոնային հասցեն			

Խնդրում ենք տրամադրել հետևյալ տեղեկությունները Ձեր մասին (եթե Դուք հիվանդը չեք), ամուսնու/կնոջ և ենթակա անձանց մասին.

Անունը	SSN	Ծննդյան	Ազգակցական կապը

Խնդրում ենք նշել բոլոր հաշվեհամարները և/կամ ծառայության ամսաթվերը, որոնք դիտարկվելու են ֆինանսական օգնության համար.

Հիվանդի անունը	Հաշվեհամարը	Ծառայության	Բժշկական հաշվեկշիռը



Բժշկական օգնության շուկայական կարգավիճակը

Դիմել է՞ք ապահովագրության համար:	<input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո	Եթե Այո, Անունը/ID-ն
Եթե Այո, դիմել է՞ք հետևյալ ծրագրերի միջոցով.			<input type="checkbox"/> Medicaid – նահանգային <input type="checkbox"/> Health Exchange/ Healthcare.gov <input type="checkbox"/> Այլ _____
Դուք հաստատվե՞լ էք որևէ ապահովագրական ծրագրի համար:	<input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո	
Դուք անդամագրվե՞լ էք և վճարել է՞ք հավելավճար որևէ ապահովագրական ծրագրի համար:	<input type="checkbox"/> Ոչ	<input type="checkbox"/> Այո	

Դրամային ակտիվներ

Ընթացիկ բանկային հաշվի հաշվեկշիռ	Բանկ.	\$
Խնայողական հաշվի հաշվեկշիռ	Բանկ.	\$

Զբաղվածությունը

Աշխատող անձը	Գործատուն	Մինչև	Վճարման	Տարեկան
		\$		\$
		\$		\$
		\$		\$
		\$		\$

Այլ եկամտի աղբյուրներ

	Ամսական	Տարեկան
Այլմեծներ	\$	\$
Հանրային օգնության ծրագիր Տեսակ (օր.՝ դրամական միջոցներ, մթերային կտրոններ և այլն)	\$	\$
Վճարում թոշակային ծրագրից	\$	\$
Սոցիալական ապահովագրություն/ Հաշմանդամության սոցապահովում	\$	\$
Գործազրկության կամ Աշխատավայրում դժբախտ պատահարից ապահովագրում Շաբաթների քանակը. (Մեկնարկի ամսաթիվը. Ավարտի ամսաթիվը.) Շաբաթական \$: _____	\$	\$
Այլ եկամուտ (բաժնետոմսեր/արժեթղթեր/տարեվճար/տոկոս/վարձով տրվող գույք)	\$	\$
Այլ եկամուտ (ընտանիքից, ընկերներից, եկեղեցուց և այլն...)	\$	\$



ԵԿԱՍՏԻ ԵՎ ԱՆՁԻ ՆՈՒՅՆԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ՀԱՍՏԱՏՈՒՄ

Եթե մեզ լրացուցիչ տեղեկություններ անհրաժեշտ լինեն, Ձեզ կտեղեկացնեն այդ մասին հեռախոսով, ԱՄՆ փոստային ծառայության կամ էլ փոստի միջոցով:

Ես հավաստում եմ, որ բոլոր տեղեկությունները հավաստի և ամբողջական են՝ որքանով որ ես եմ տեղեկացված: Ես հասկանում եմ, որ տրամադրված տեղեկությունները ստուգվելու են և դրանց վերաբերվելու են որպես անձնական և գաղտնի տեղեկություններ: Ես թույլատրում եմ առողջապահության նախարարության Կալիֆորնիայի բաժանմունքին թողարկել ցանկացած և բոլոր տեսակի տեղեկությունները: **Ես հասկանում եմ, որ պետք է տրամադրեմ եկամտի, ծախսերի, ենթակա անձանց մասին տեղեկությունները, բանկային քաղվածքները, վճարային վաուչերները և հարկային հայտարարագրերը՝ առկայության դեպքում:** Նաև հասկանում եմ, որ պատասխանատու եմ լինելու Saint Agnes Medical Center-ում մատուցված ծառայությունների վճարման համար, եթե վերոնշյալ տեղեկությունները կեղծ լինեն: Ես գիտեմ, որ ֆինանսական օգնություն եմ խնդրում միայն Saint Agnes Medical Center-ից, և ոչ առողջապահական այլ ծառայություն մատուցողներից կամ բժիշկներից:

ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ.

ԱՄՍԱԹԻՎ.

ԱՍՈՒՄՆՈՒ/ԿՆՈՋ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ (առկայության դեպքում)

ԱՄՍԱԹԻՎ.