

COMPREHENSIVE COMMUNITY HEALTH CENTERS, INC.

Եկամտի վերաբերյալ տեղեկատվություն/ինքնահայտարարման ձևաթերթիկ

CCHC – E.R.
1704 Colorado Blvd.
Los Angeles, CA 90041
323-256-4116

CCHC – H.P.
5059 York Blvd.
Los Angeles, CA 90041
323-344-4144

CCHC – N.H.
12157 Victory Blvd.
N. Hollywood, CA 91606
818-755-8000

CCHC-G.L.
801 S. Chevy Chase Dr.#250
Glendale, CA 91205
818-265-2264

Մաս Ա. Հիվանդի ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

Հիվանդ _____ Ծննդյան ամսաթիվ _____ Ամսաթիվ _____

***Ցանկացած կանխիկ գեղջի դեպքում, այս հարցաթերթը պետք է ամբողջությամբ լրացվի բոլոր հիվանդների կողմից**

Մաս Բ. ԸՆՏԱՆԻՔԻ/ ԵԿԱՍՏԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

Ընտանիքի անդամների քանակ _____ Ամսական եկամուտ \$ _____

Վավերացված

Ինքնահայտարարում

Անվանական վճար՝ \$40.00

ԵՍ ՍՈՒՅՆՈՎ ՀԱՎԱՍՏՈՒՄ ԵՎ ՀԱՅՏԱՐԱՐՈՒՄ ԵՄ, ՈՐ ՀԱՄԱՁԱՅՆ ԿԱԼԻՖՈՐՆԻԱ ՆԱՀԱՆԳԻ՝ ԿԵՂԾ ՎԿԱՅՈՒԹՅՈՒՆ ՏԱԼՈՒ ՀԱՄԱՐ ՊԱՏԺԻ ՄԱՍԻՆ ՕՐԵՆՔՆԵՐԻ, ԵՍ ՀԱՄԿԱՆՈՒՄ ԵՍ ԱՅՍ ՁևԱԹԵՐԹԸ, ԵՎ ՈՐ ՎԵՐՈՆՇՅԱԼ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆԸ ՃԻՇՏ Է, ՍՏՈՒՅՑ ԵՎ ԱՄԲՈՂՋԱԿԱՆ:

Հիվանդի/Երաշխավոր անձի ստորագրություն _____ Ամսաթիվ _____

ՀՀԿ (Հիվանդների հաղորդակցության կենտրոն) Ստորագրություն _____ Ամսաթիվ _____