



Եկամտի/Ինքնահայտարարագրման ձևաթերթիկ

ԲԱԺԻՆ Ա – Հիվանդի տվյալները (ԿԻՐԱՌԵԼԻ Է ԲՈԼՈՐ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ)

Հիվանդի անունը _____ Ծննդյան ամսաթիվը _____

ԲԱԺԻՆ Բ – Տեղեկություն քնտանիքի/եկամտի մասին (ԿԻՐԱՌԵԼԻ Է ԲՈԼՈՐ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ)

Ընտանիքի մեծությունը (ներառյալ՝ տվյալ անձը) _____
Ամսական/Տարեկան եկամուտը \$ _____

ԲԱԺԻՆ Գ – Եկամտի ապացույց (Վճարների Նվազեցման Ծրագրի մեջ Ձեր մասնակցությունը դիտարկելու համար մենք պահանջում ենք փաստեր/ապացույց՝ եկամտի վերաբերյալ)

Խնդրում ենք նշել ամուսնու և խնամառուների անունները

<i>Անուն</i>	<i>Ծննդյան ամսաթիվ</i>	<i>Անուն</i>	<i>Ծննդյան ամսաթիվ</i>
Անձ		ԽՆԱՄԱՌՈՒ	
Ամուսին		ԽՆԱՄԱՌՈՒ	
ԽՆԱՄԱՌՈՒ		ԽՆԱՄԱՌՈՒ	
ԽՆԱՄԱՌՈՒ		ԽՆԱՄԱՌՈՒ	

Ընտանիքի եկամուտ

<i>Աղբյուր</i>	<i>Անձ</i>	<i>Ամուսին</i>	<i>Այլ</i>	<i>Ընդհանուր</i>
Գրանցված աշխատավարձեր, գուտ աշխատավարձեր, բոնուսներ և այլն				
Եկամուտ բիզնեսից, ինքնազբաղվածությունից (հարկային հայտարարագիր 1040, տող 22 և խնամառուներ)				
Փոխհատուցում գործազրկության համար, աշխատողների փոխհատուցում, Սոցիալական Ապահովագրություն, Լրացուցիչ Երաշխիքային Եկամուտ, պետական այլ ծրագրեր, հասարակական աջակցությամբ նպաստներ վետերանների համար				
Եկամուտ՝ ներդրումներից, ալիմենտից, երեխաների օժանդակությունից				
<u>Ընդհանուր եկամուտ</u>				

ԾԱՆՈԹԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Մինչև զեղչի հաստատումը կարող է պահանջվել հարկային հայտարարագրերի, վճարման անդորրագրերի կամ W2-ի, Ինքնահայտարարագրի, Գործատուի նամակի, Հանրային օժանդակության վավերացման նամակի, հիվանդին ֆինանսական օժանդակություն ցուցաբերող անձի ստորագրությունը կրող փաստաթղթի, նախկինում եկամուտը հայտարարագրած անօթևանների կացարանի նամակի պատճեններ:

Վավերացման ցուցակ	Այո	Ոչ
Եկամուտ՝ նախորդ տարվա հարկային հայտարարագիր, երեք ամենավերջին վճարման անդորրագրեր կամ այլ		
Ապահովագրություն՝ Ապահովագրական Քարտեր (Որպես հիվանդի պարտավորություն)		



Եկամտի/Ինքնահայտարարագրման ձևաթերթիկ

ԲԱԺԻՆ Դ – Մերժում/Հրաժարում

Հիվանդի կողմից մերժում (Եթե հիվանդը հրաժարվում է գնահատումից, հիվանդից ավտոմատ կերպով գանձվում է ամբողջական վճարը)

ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ

Սույնով հաստատում եմ, որ այս դիմումի մեջ տրամադրված տեղեկատվությունն արժանահավատ է ու ճիշտ և լավագույնս համապատասխանում է իմ իմացությանն ու համոզմունքներին: Ես համաձայն եմ, որ ցանկացած մոլորեցնող կամ կեղծ տվյալ և/կամ բացթողում կարող է որակագրկել ինձ՝ Վճարների Նվազեցման Ծրագրում ընդգրկվելու համար հետագա դիտարկումից և ըստ դաշնային օրենքների՝ կարող է ինձ ենթարկել տույժերի, ներառյալ՝ տուգանքներ և ազատազրկում: Ես նաև համաձայն եմ տեղեկացնել CCHC-ին, եթե իմ եկամտի մեջ էական փոփոխություն լինի: Եթե սույն դիմումով ես ընդգրկվեմ Վճարների Նվազեցման Ծրագրում, ես կենթարկվեմ CCHC-ի բոլոր կանոններին ու կանոնակարգերին: Սույնով հաստատում եմ, որ կարդացել և հասկանում եմ վերոհիշյալ հայտարարությունը:

Հիվանդի, ծնողի կամ երաշխավորի ստորագրությունը _____ Ամսաթիվ _____

Հիվանդի խնամքը համակարգողի ստորագրությունը _____ Ամսաթիվ _____

Տպել հիվանդի խնամքը համակարգողի անունը _____