



**Comprehensive
Community
Health Centers**
Your Health, Our Mission.

Եկամտի/Ինքնահայտարարագրման ձևաթերթիկ

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

Հիվանդի անունը _____ Ծննդյան ամսաթիվը _____

ԲԱԺԻՆ Բ – Տեղեկություն ընտանիքի/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

Անուն	Ծննդյան ամսաթիվ	Անուն	Ծննդյան ամսաթիվ
Անձ		ԽՆԱՄԱՌՈՒ	
Ամուսին		ԽՆԱՄԱՌՈՒ	
ԽՆԱՄԱՌՈՒ		ԽՆԱՄԱՌՈՒ	
ԽՆԱՄԱՌՈՒ		ԽՆԱՄԱՌՈՒ	

Ընտանիքի եկամուտ

Աղբյուր	Անձ	Ամուսին	Այլ	Ընդհանուր
Գրանցված աշխատավարձեր, զուտ աշխատավարձեր, բոնուսներ և այլն				
Եկամուտ բիզնեսից, ինքնագրավածությունից (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				
Ընդհանուր եկամուտ				

ԾԱՆՈԹԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Մինչև գեղջի 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)		



**Comprehensive
Community
Health Centers**
Your Health, Our Mission.

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 որակազրկել ինձ՝ Վճարների Նվազեցման Օրագրում 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 Օրագրում, 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 _____