



E

Ընտանիքի անդամները և ընտանիքի աշխատանքից ստացված եկամուտը

Քանի՞ անձ կա ընտանիքում: \_\_\_\_\_

Խնդրում ենք նշել ընտանիքի անդամներին, ովքեր եկամուտ են ունենում (անհրաժեշտության դեպքում կցեք ևս մեկ թերթ)։

Ընտանիքի անդամի անունը	Ազգակցական կապը դիմողի հետ	Ամսական համախառն եկամուտը (մինչև պահումները)
		\$
		\$
		\$
<b>Ամսական ընդհանուր համախառն եկամուտը</b>		\$

F

Ընտանիքի այլ եկամուտներ (ոչ աշխատավարձ)

Եկամտի այլ աղբյուրներ	Ամսական գումարի չափը
Երեխայի աջակցություն/ ալիմենտներ	\$
Խնամատար ընտանիքի խնամք, համայնքի հոգաբարձու, եկեղեցու եկամուտ և այլն:	\$
Կենսաթոշակ, սոցիալական ապահովություն, հաշմանդամության սոցիալական ապահովություն	\$
Վարձակալական գույք	\$
Անուիտետներ, տոկոսներ, կենսաթոշակի բաշխում	\$
Գործազրկության կամ աշխատողի փոխհատուցում	\$
Այլ (խնդրում ենք նշել)	\$
<b>Ընդհանուր եկամտի այլ աղբյուրները</b>	\$

G

Տան գույքը

Գույքի տեսակները	Ընդհանուր
Կանխիկ դրամ	\$
Խնայողական հաշիվ	\$
Չեկային հաշիվ	\$
Բաժնետոմսեր	\$
Պարտատոմսեր	\$
Խնայողությունների պարտատոմսեր	\$
Ավանդային վկայագրեր (CD-ներ)	\$
Դրամական շուկայի հաշիվներ	\$
Փոխադարձ ներդրումային միջոցներ	\$
Փոխառություններ	\$
<b>Ընդհանուր ակտիվները</b>	\$

## II

### Ընտանիքի ամսական ծախսերը

Ծախսի տեսակները	Ամսական գումարի չափը
Վարձակալություն	\$
Հիփոթեքային վարկ	\$
Երեխայի աջակցություն	\$
Նպարեղեն	\$
Ավտոմեքենայի վճարներ	\$
Ընդհանուր վճարային հաշիվները	\$
<b>Ընդհանուր ընտանիքի ամսական ծախսերը.</b>	<b>\$</b>

## I

### Լիազորում

Սույնով ես լիազորում եմ Henry Ford Health System-ին (HFHS) սույն դիմումում պարունակվող տեղեկությունների հրապարակումը՝ ֆինանսական օգնության իրավասության կարգավիճակս որոշելու համար՝ համաձայն HFHS-ի դրույթների և ընթացակարգերի: Ես լիազորում եմ HFHS-ին անհրաժեշտության դեպքում ստուգել այս տեղեկությունները, որոնք կարող են ներառել, բայց չսահմանափակվել, վարկային բյուրոյի հաշվետվության ձեռք բերումը: Այս դիմումում իմ կողմից տրամադրված բոլոր տեղեկությունները և եկամտի վերաբերյալ փաստաթղթերը ճիշտ են, ճշգրիտ և ամբողջական, ինչպես ներկայացված են: Եթե երբևիցե պարզվի, որ իմ տրամադրած տեղեկատվությունները կեղծ են կամ սխալ, ողջ ֆինանսական օգնությունը կվերադարձվի, և ես պատասխանատվություն կվերցնեմ ցանկացած և բոլոր մնացորդների ամբողջական և անհապաղ վճարման համար: Ես նաև համաձայնում եմ ընդունել ցանկացած գումարի վճարման պատասխանատվությունը, որը տրամադրվել է ֆինանսական աջակցության մասնակի գեղչերից հետո:

Անունը տպատառ. \_\_\_\_\_ Հարաբերությունը հիվանդի հետ. \_\_\_\_\_

Ստորագրությունը. \_\_\_\_\_ Ամսաթիվը. \_\_\_\_\_

**Խնդրում ենք համոզվել, որ նախքան ձեր դիմումը հանձնելը լրացրել և տրամադրել եք բոլոր անհրաժեշտ փաստաթղթերը, որոնք անհրաժեշտ են ձեր դիմումը դիտարկելու համար.**

<input type="checkbox"/> Լրացված են դիմումի բոլոր էջերը, ներառյալ ստորագրությունն ու ամսաթիվը	<input type="checkbox"/> Վերջին տարվա աշխատավարձի և հարկային հայտարարագրերը (Ձև W-2) և Այլ եկամուտը (Ձև 1099)	<input type="checkbox"/> Ընտանիքի յուրաքանչյուր անդամի վերջին 2 ամսվա աշխատավարձի ստացականները՝ տարվա սկզբից առ այսօր եկամուտներով
<input type="checkbox"/> Եկամտահարկի դաշնային հայտարարագիրը վերջին տարվա համար (ձև 1040)	<input type="checkbox"/> Միջգանի վավեր վարորդական իրավունքի վկայականի կամ Միջգան նահանգի նույնականացման քարտի պատճենը	<input type="checkbox"/> Վերջին երկու ամսվա բանկային քաղվածքները՝ չեկային գործարքները/խնայողությունները
<input type="checkbox"/> Այլ եկամուտը հաստատող փաստաթղթեր (օր.՝ եկամուտ վարձակալությունից և այլն)	<input type="checkbox"/> Կից ներկայացված բժշկական ապահովագրության քարտերի պատճենները, եթե ունեք ապահովագրություն	<input type="checkbox"/> Կից ներկայացված Medicaid-ի մերժման նամակի պատճեն, եթե դիմել եք և մերժվել

**Խնդրում ենք նկատի ունենալ, ձեր դիմումի հետագա դիտարկման համար կարող է պահանջվել անձնական ֆինանսական կարիքների մասին հայտարարություն:**