ՊԱՐԵՆԱՏՈՄ
ԼՐԱՑՈՒՑԻՉ ԴԻՄՈՒՄՆԱԳԻՐ ՀԱՏՈՒԿ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՆՈՒՄՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ

FOR COUNTY USE ONLY

CASE NAME

ԾՈՒՑՈՒՄ- Սույն դիմումնագիրը լրացվում է ընտանիքի մեծահասակ կամ հաշմանդամ ցանկացած անդամի համար, որը ստանում է պարենատոմս՝ հատուկ բժշկական հանումներ տրամադրելու նպատակով: Հակառակ էջին Դուք կգտնեք «մեծահասակ» և «հաշմանդամ» բառերի պարզաբանումը: **ՄԻ** ընդգրկեք ցուցակում ամուսիններին կամ երեխաներին, որոնք ստանում են խնամակալության նպաստներ Սոցապահովման Վարչության կողմից (SSA), Վետերանների Վարչության (VA) կողմից և այլն:

1

ԱՆՈՒՆ	ԾՆՆԴՅԱՆ ԹՎԱԿԱՆԸ	ՆՊԱՍՏԻ ՏԵՍԱԿԸ (ՕՐԻՆԱԿ SSA, VA, RAILROAD, ETC.)	ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԽՆԴԻՐ ԿԱՄ ՎԻՃԱԿ ՈՐՈ ԽՆԱՄՔԻ ԿԱՐԻՔ ՈՒՆԻ
	/ /		
	/ /		
	/ /		

2

ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԾԱԽՍԵՐ

Ներկայացրեք անհրաժեշտ տեղեկատվություն **ՄԻԱՅՆ** վերը նշված անձանց վերաբերյալ: Թվարկեք բոլոր ենթադրյալ ծախսերը որակավորման ժամանակաշրջանում: Որպես հիմք ընդունենք Ձեր բոլոր ընթացիկ բժշկական ծախսերը: Կցեք հաշվեցուցակ և այլ ապացույցներ վերը նշված ընտանիքի անդամի(-ների) ծախսերի վերաբերյալ:

ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԾԱԽՍԵՐԻ ՏԻՊԸ	ԸՆՏԱՆԻՔԻ ԱՆԴԱՄՆԵՐԻ ԱՆՈՒՆՆԵՐԸ, ՈՐՈՆՔ ՕԳՏՎՈՒՄ ԵՆ ՏՎՅԱԼ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆԻՑ	ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԾԱԽՍԵՐԻ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԳՈՒՄԱՐԸ	ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԾԱԽՍԵՐԻ ԱՄՍԵԿԱՆ ԳՈՒՄԱՐԸ	ՊԱՏԱԽԱՆԱՏՈՒ ԼԻՆԵԼՈՒ՞ Է ԱՐԴՅՈՔ ՎՃԱՐՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ՈՂԸՆՏԱՆԵԿԱՆ ԱՂԲՅՈՒՐ (MEDI – CAL, ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ, և այլն)
a Որակավորված գործող բժշկի կամ ատամնաբույժի կողմից տրամադրվող օգնություն				☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
b Հիվանդանոցային կամ բուժարանային բուժում և հիվանդապահական խնամք				☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
c Դեղորայք ըստ դեղագրի				☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
d Առողջության հիվանդանոցային ապահովագրության վճարում				☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
e Medicare–ի վճարումները. Medi–Cal-ի ծախսերի բաժինը և/կամ ծախսած գումարները				☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
f Պրոթեզներ, ատամնապրոթեզներ և լսողական ապարատներ: Նշանակված բժշկական նյութեր և սարքավորումներ				☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
g Սպասարկող կենդանիներ (այն է տեսնող կամ լսող շներ)պահելու ծախսեր, ներառյալ սննդի ախսերը և անասնաբուժական հաշիվները:				☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
h Ակնոցներ և հպումնային ոսպնյակներ, որոնք նշանակվել են բժշկի կամ ակնաբույժի կողմից:				☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
i Բուժում կամ ծառայություններ ստանալու հետ կապված փոխադրման և ապրելու ծախսեր:				☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
j Տարիքի, հիվանդության կամ տկարության պատճառով օգնական պահելը:				☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
k Օգնականին տրվող սնունդի քանակը և արժեքը:				☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ
l Այլ ծախսեր (նշել ինչպիսիք)				☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

ՁԳՈՒՇԱՑՈՒՄ ՊԱՏԺԱՄԻՋՈՑՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Ցանկացած անձի հանդեպ (Ձեր կամ Ձեր ընտանիքի անդամի), որը ներկայացրել է ակրնհայտ սուտ տեղեկություն, կարող են կիրառվել պատժամիջոցներ՝ տուգանք, բանտարկություն կամ այդ երկուսը միասին: Պատժամիջոցները կարող են բերել այդ ծրագրից Ձեր որակազրկման, տուգանքների՝ մինչև $ 250 000 չափով, կամ մինչև 20 տարվա բանտարկության: Առաջին խախտման համար՝ որակազրկում 12 ամսով, երկրորդի համար՝ 24 ամսով և երրորդի համար որակազրկում ընդմիշտ:

Ես հաստատում եմ, որ հասկանում եմ բոլոր հարցերը, որոնք շարադրված են այս ձևում: Ես նաև հասկանում եմ, որ. (1) իմ կողմից ներկայացված տեղեկատվությունը վերահսկվելու կամ ստուգվելու է տեղական, նահանգի կամ ֆեդերալ պաշտոնյաների կողմից, (2) ողջ ընտանիքը, ընտանիքի չափահաս անդամը (նույնիսկ, եթե նա հեռացել է), ընտանիքի օտարերկրացի անդամի հովանավորը կամ ռեզիդենտի օրինական ներկայացուցիչը համապատասխան հաստատությունում կարող են պարտադրված լինեն վերադարձնելու նպաստի ավել ստացված գումարները, որոնք այդ ընտանիքը իրավունք չուներ ստանալ, նույնիսկ եթե դա տեղի է ունեցել բառնթիի մեղքով, նաև (3) ես հասկանում եմ, որ պետք է բառնթիին ներկայացնեմ իմ ծախսերի մասին ապացույցներ կամ այն անձի կամ կազմակերպության անունը, որի հետ բառնթին կարող է կապվել անհրաժեշտ ապացույցներ ստանալու համար, եթե ես ինքս չեմ կարողանա դրանք ներկայացնել:

Ամերիկայի Միացյալ Նահանգների և Կալիֆորնիա նահանգի օրենքներով՝ կեղծ վկայություն տալու համար մեղադրվելու սպառնալիքի տակ հայտնում եմ, որ սույն դիմումի մեջ ներկայացված տեղեկատվությունը ճշմարտացի է, հավաստի և լրիվ:

ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ (ԸՆՏԱՆԻՔԻ ՉԱՓԱՀԱՍ ԱՆԴԱՄԻ ԿԱՄ ԼԻԱԶՈՐ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑՉԻ)			ԹՎԱԿԱՆ
ՎԿԱՅԻ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ, ԵԹԵ ԴՈՒՔ ՍՏՈՐԱԳՐՎՈՒՄ ԵՔ X (իքսով)	DATE	SIGNATURE OF INTERVIEWING WORKER	ԹՎԱԿԱՆ

Բժշկական հատուկ ծախսերի հանումների իրավունք ունի ընտանիքի յուրաքանչյուր անդամ, որն օգտվում է մեծահասակների կամ հաշվմանդամների արտոնյալ սննդի նպաստից.

Ասելով "մեծահասակ" մենք նկատի ունենք յուրաքանչյուր ոմն 60 և ավելի բարձր տարիքից հետո.

Ասելով "հաշվմանդամ" ի նկատի ունենք նրանց ովքեր ստանում են.

(1) Հաշվմանդամության թոշակ SSA ից /սոցիալական ապահովման վարչություն/ որը տարբերվում է SSI/SSP Ծրագրերից/, կամ վետերանների վարչությունից (VA)ԿԱՄ

(2) Ֆեդերալ, նահանգային, տեղական կառավարական կազմակերպությունների հաշվմանդամության թոշակ կամ երկաթուղայիններ թոշակավորման խորհուրդի կողմից ԿԱՄ

(3) Հաշվմանդամության ծառայության Medi-Cal կողմից ԿԱՄ

(4) Ժամանակավոր օգնություն/շտապ ընդհանուր օգնություն, մինչև որ կստանաք վարձատրություն SSI/SSP ծրագրով հաշվմանդամության համար, որը **հաստատված** է Սոցապ վարչության կողմից.