

Շրջանը (կոմուլյունը՝ Չխմանող ծնողը՝	Հեռախոսը՝ Հասցեն (Փողոցը)	CSE-ի գործի համարը՝ Քաղաք, Նահանգ, Փոստային ինդեքսը
Լրիվ անունը (Անունը, միջին անունը, ազգանունը, վերջավորությունը)	Ես <input type="checkbox"/> Խնամող կողմն եմ <input type="checkbox"/> Գործատերը	<input type="checkbox"/> Չխմանող ծնողն եմ
Հեռախոսը	Սոցիալական ապահովության համարը	
Գործատերը (Անունը, փողոցը, քաղաքը, նահանգը, փոստային ինդեքսը, հեռախոսը)		

ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐ: Խնդրում ենք լրացնել և ԲԱԺԻՆԸ, եթե Չխմանող ծնողը կամ գործատերը առողջության ապահովություն են տրամադրում:  
II ԲԱԺԻՆԸ մյուս ծնողի ապահովագրության վերաբերյալ է: Գործատերերը լրացնում են միայն և III բաժնները: Խնդրում ենք ստորագրել և թվագրել լրացված ձևարկությունը:

## I ԲԱԺԻՆ: ԶԵՐ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒՄԸ

ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒՄԸ: Ներկայում Դուք առողջության ապահովագրում ունե՞ք: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ	Եթե այո, խնդրում ենք լրացնել հետևյալը.	
Առողջության ապահովագրության ընկերությունը կամ արհմիությունը (Աշեք արհմիության տեղական համարը)	<input type="checkbox"/> Տրանսպորտ <input type="checkbox"/> Խնամող կողմ <input type="checkbox"/> Գործատեր	<input type="checkbox"/> Չխմանող ծնող <input type="checkbox"/> Այլ՝ Հարաբերություն՝
Ապահովագրության ընկերության հասցեն՝ փողոցը, բնակարանի համարը կամ շինության համարը (Հասցեն, ուր ուղարկվում են վճարման հայցերը)	Հեռախոսի համարը (Մարտադրությունը կամ համարը)	
Քաղաքը Նահանգը	Փոստային ինդեքսը	Ապահովագրի համարը

Ապահովագին \$	Նշան դրեք մեկի մոտ՝ <input type="checkbox"/> Ծարաքը մեկ <input type="checkbox"/> Երկու շարաքը մեկ <input type="checkbox"/> Կես ամիսը մեկ	
Զեր կողմից վճարվող գումարը \$	Նշան դրեք մեկի մոտ՝ <input type="checkbox"/> Ծարաքը մեկ <input type="checkbox"/> Երկու շարաքը մեկ <input type="checkbox"/> Կես ամիսը մեկ	
Գործատիրող կողմից վճարվող գումարը \$	Նշան դրեք մեկի մոտ՝ <input type="checkbox"/> Ծարաքը մեկ <input type="checkbox"/> Երկու շարաքը մեկ <input type="checkbox"/> Կես ամիսը մեկ	
Առողջության ապահովագրության աշխատակից մասից հանվող գումարը \$	Առողջության ապահովագրության խնամյակի մասից հանվող գումարը \$	Լրացուցիչ երեխա ավելացնելու գինը

## Ներկայում առողջության ապահովագրում ստացող խնամյալ(ներ)ը

Անունը (Անունը, միջին անունը, ազգանունը)	Սոցիալական ապահովության համարը	Սեռը	Ծննդյան ամսաթիվը	Ապահովագրի համար(ներ)ը	Սկսվելու ամսաթիվը	Ավարտվելու ամսաթիվը
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

Խնդրում ենք նշան դրեք այս վաճակում, եթե Զեր առողջության ապահովագրի ստացող լրացուցիչ խնամյալների անունները նշված են առանձին թերթի վրա: Խնդրում ենք կցել թերթը:

Չի տրամադրվում խնամյալներին

Ապահովագիրն ընդգրկում է հետևյալը (նշան դրեք ապահովագրում ընդգրկված բոլոր կետերի դիմաց)`			
<input type="checkbox"/> Բժշկի այցելություններ	<input type="checkbox"/> «Medicare» Լրացուցիչ	<input type="checkbox"/> հասուկ հիվանդություն	<input type="checkbox"/> Ղեղատոմսային դեղեր
<input type="checkbox"/> Երկարատև խնամք	<input type="checkbox"/> Հիվանդանոցում մնալոցօպուտալե	<input type="checkbox"/> Անրուպատոր բուժավասարկում (այսինքն՝ լաբորատոր հետազոտություններ, ֆիզիոթերապիա)	<input type="checkbox"/> Այլ (ԶԵՒ) (այսինքն՝ լաբորատոր հետազոտություններ, ֆիզիոթերապիա)

<b>ԱՏԱՄՆԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒՄԸ:</b>			
Ներկայում Դուք ատամնաբուժական ապահովագրում ունե՞ք:		<input type="checkbox"/> Այո	<input type="checkbox"/> Ոչ
Եթե այո, խնդրում ենք լրացնել հետևյալը.			

Ատամնաբուժական ապահովագրության ընկերության հասցեն՝ փողոց, բնակարանի համարը կամ շինության համարը (Դաստիճ, ուր ուղարկվում են վճարման հայցերը)

Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը	Ապահովագրի համարը	
Ապահովագիրն \$	Նշան դրեք մեկի մոտ՝	<input type="checkbox"/> Շարարը մեկ	<input type="checkbox"/> Երկու շարարը մեկ	<input type="checkbox"/> Կես ամիսը մեկ
Չեր կողմից վճարվող գումարը \$	Նշան դրեք մեկի մոտ՝	<input type="checkbox"/> Շարարը մեկ	<input type="checkbox"/> Երկու շարարը մեկ	<input type="checkbox"/> Կես ամիսը մեկ
Գործատիրոջ կողմից վճարվող գումարը \$	Նշան դրեք մեկի մոտ՝	<input type="checkbox"/> Շարարը մեկ	<input type="checkbox"/> Երկու շարարը մեկ	<input type="checkbox"/> Կես ամիսը մեկ
Առողջության ապահովագրության՝ աշխատակից մասից հանվող գումարը \$	Առողջության ապահովագրության՝ խնամյալի մասից հանվող գումարը \$	Լրացուցիչ երեխա ավելացնելու գինը		

Ատամնաբուժական ապահովագրում ստացող խնամյալ(ներ)ը	Անունը (Անունը, միջին անունը, ազգանունը)	Սոցիալական ապահովության համարը	Սեռը	Ծննդյան ամսաթիվը	Ապահովագրի համար(ներ)ը	Սկսվելու ամսաթիվը	Ավարտվելու ամսաթիվը
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							

<input type="checkbox"/> Խնդրում ենք նշան դնել այս վանդակում, եթե Չեր ատամնաբուժական ապահովագիրը ստացող լրացուցիչ խնամյալների անունները նշված են առանձին թերթի վրա: Խնդրում ենք կցել թերթը:
<input type="checkbox"/> Չի տրամադրվում խնամյալներին

<b>ԱԿՍԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒՄԸ:</b>		
Ներկայում Դուք ակնաբուժական ապահովագրում ունե՞ք:	<input type="checkbox"/> Այո	<input type="checkbox"/> Ոչ
Եթե այո, խնդրում ենք լրացնել հետևյալը.		

Ակնաբուժական ապահովագրության ընկերության հասցեն՝ փողոց, բնակարանի համարը կամ շինության համարը (Դաստիճ, ուր ուղարկվում են վճարման հայցերը)

Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը	Ապահովագրի համարը	
Ապահովագիրն \$	Նշան դրեք մեկի մոտ՝	<input type="checkbox"/> Շարարը մեկ	<input type="checkbox"/> Երկու շարարը մեկ	<input type="checkbox"/> Կես ամիսը մեկ
Չեր կողմից վճարվող գումարը \$	Նշան դրեք մեկի մոտ՝	<input type="checkbox"/> Շարարը մեկ	<input type="checkbox"/> Երկու շարարը մեկ	<input type="checkbox"/> Կես ամիսը մեկ
Գործատիրոջ կողմից վճարվող գումարը \$	Նշան դրեք մեկի մոտ՝	<input type="checkbox"/> Շարարը մեկ	<input type="checkbox"/> Երկու շարարը մեկ	<input type="checkbox"/> Կես ամիսը մեկ
Առողջության ապահովագրության՝ աշխատակից մասից հանվող գումարը \$	Առողջության ապահովագրության՝ խնամյալի մասից հանվող գումարը \$	Լրացուցիչ երեխա ավելացնելու գինը		

Ակնաբուժական ապահովագրում ստացող խնամյալ(ներ)ը	Անունը (Անունը, միջին անունը, ազգանունը)	Սոցիալական ապահովության համարը	Սեռը	Ծննդյան ամսաթիվը	Ապահովագրի համար(ներ)ը	Սկսվելու ամսաթիվը	Ավարտվելու ամսաթիվը
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							

<input type="checkbox"/> Խնդրում ենք նշան դնել այս վանդակում, եթե Չեր ակնաբուժական ապահովագիրը ստացող լրացուցիչ խնամյալների անունները նշված են առանձին թերթի վրա: Խնդրում ենք կցել թերթը:
<input type="checkbox"/> Չի տրամադրվում խնամյալներին

## II ԲԱԺԻՆ: ՄՅՈՒՍ ԾՆՈՂԻ ԱՊԱՐԿԱՎԱԳՐՈՒՄԸ

### ԱՌՈՂՅՈՒԹՅԱՆ ԱՊԱՐԿԱՎԱԳՐՈՒՄԸ:

Ներկայում նյուս ծնողը երեխա(ներ)ին կամ Զեզ առողջության ապահովագրում տրամադրության է:  Այո  Ոչ

### Առողջության ապահովագրության ընկերությունը

Առողջության ապահովագրության ընկերության հասցեն՝ փողոցը, բնակարանի համարը կամ շինության համարը (Դաստիա, ուր ուղարկվում են վճարման հայցերը)

Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը
--------	---------	------------------

### ԱՏԱՄՆԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ԱՊԱՐԿԱՎԱԳՐՈՒՄԸ:

Ներկայում նյուս ծնողը երեխա(ներ)ին կամ Զեզ առամնաբուժական ապահովագրում տրամադրության է:  Այո  Ոչ

Եթե այո, խնդրում ենք լրացնել հետևյալ տեղեկությունները:

### Առամնաբուժական ապահովագրության ընկերությունը

Առամնաբուժական ապահովագրության ընկերության հասցեն՝ փողոցը, բնակարանի համարը կամ շինության համարը (Դաստիա, ուր ուղարկվում են վճարման հայցերը)

Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը
--------	---------	------------------

### ԱԿՆԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ԱՊԱՐԿԱՎԱԳՐՈՒՄԸ:

Ներկայում նյուս ծնողը երեխա(ներ)ին կամ Զեզ ակնաբուժական ապահովագրում տրամադրության է:  Այո  Ոչ

Եթե այո, խնդրում ենք լրացնել հետևյալ տեղեկությունները:

### Ակնաբուժական ապահովագրության ընկերությունը

Ակնաբուժական ապահովագրության ընկերության հասցեն՝ փողոցը, բնակարանի համարը կամ շինության համարը (Դաստիա, ուր ուղարկվում են վճարման հայցերը)

Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը
--------	---------	------------------

## III ԲԱԺԻՆ: (ՊԵՏք Է ԼՐԱՑՎԻ)

Կից ուղարկում են երեխա(ներ)ի ապահովագրության քարտ(եր)ը/ապահովագրման մասին տեղեկությունները:

Ներկա պահին ես չունեմ երեխա(ներ)ի ապահովագրության քարտ(եր)ը/ապահովագրման մասին տեղեկությունները:  
Ես Զեզ կուղարկեմ տեղեկությունները, եթե ստանամ դրանք ապահովագրության ընկերությունից:

Ներկա պահին առողջության ապահովագրում չի տրամադրվում: Ես հասկանում եմ, որ եթե այն տրամադրվի, ես պետք է իմ երեխաներին ընդորկեմ այդ ծրագրում, ապա երեխաների ապրուստադրամի ապահովման տեղական գործակալությանը տեղյակ պահեմ ապահովման մասին: Ապահովագրությունը չի տրամադրվում, որովհետև՝

Չի առաջարկվում  Սեղոնային է  Կես դրույքով է  Մերժմել է անդամագրումը  Հատ թանկ է  Իրավասության փորձնական ժամկետ/անսարիկ

## ԴԱՅԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԳԱՂՏՆԱԿՈՒԹՅԱՆ ՊԱՐՊԱՏՍՄԱՆ ՄԱՍԻՆ

1997 թ. «Տեղեկությունների հետ վարելու մասին օրենքը» (Քաղաքացիական օրենսգիրը, §1798.17) և 1974 թ. «Տեղեկությունների գաղտնիության պահպանման մասին դաշնային օրենքը» (Դամբային իրավունք 93-579) պահանջում է, որ մարդկանցոց ամձական տեղեկությունների առանձին նրանց տրամադրվի այս ժամանեցումը: Այս ծերաբույս պահանջվող տեղեկությունների, այդ բառով՝ սոցիալական ապահովության համարի օգնությանը երեխաների ապրուստադրամի ապահովման ծառայությունների դեպարտամենտը (DCSS) պարզությունը Զեզ հետ: Սոցիալական ապահովության մասին օրենքը 466(a)(13) բաժնի համաձայն DCSS-ը պարտապիր է վերցնել բռնությունը այն անձանց սոցիալական ապահովության համարները, որոնք կազմությունները պահպանում են առաջարկել ապահովության համարը կամ հաստատման մասին դաշնային նորմատիվը:

Զեզ գործուն պարունակվող տեղեկությունները կարող են քննարկվել կամ տրամադրվել նաև առաջարկային ապահովության համարը կամ հաստատման մասին դաշնային նորմատիվը:

Զեզ գործուն պարունակվող տեղեկությունները կարող են քննարկվել կամ տրամադրվել նաև առաջարկային ապահովության համարը կամ հաստատման մասին դաշնային նորմատիվը:

ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ

ԱՄՍԱԹԻՎԸ

ԱՍՈՒՆԸ ԳԼԽԱԾԱՇԵՐԸ

ՀԵՂԱԽՈՍՈՒԸ (ՏԱՐԱԾՔԻ ԿՈՂԻ ՀԵՏ ՄԻԱՍԻՆ)

ՏԻՏՐՈՍԸ