

ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԱՊԱՀՈՎՎԱԳՐՄԱՆ ԿԵՐԱԲԵՐՅԱԼ

DCSS 0054 ARM (04/27/05)

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

ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐ: Խնդրում ենք լրացնել I ԲԱԺԻՆԸ, եթե Չխնամող ծնողը կամ գործատերը առողջության ապահովագրում են տրամադրում:
 II ԲԱԺԻՆԸ մյուս ծնողի ապահովագրության վերաբերյալ է: Գործատերերը լրացնում են միայն I և III բաժինները: Խնդրում ենք ստորագրել և թվագրել լրացված ձևաթուղթը:

I ԲԱԺԻՆ: ՉԵՐ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԱՊԱՀՈՎՎԱԳՐՈՒՄԸ

ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԱՊԱՀՈՎՎԱԳՐՈՒՄԸ:
 Ներկայումս Դուք առողջության ապահովագրում ունե՞ք: Այո Ոչ Եթե այո, խնդրում ենք լրացնել հետևյալը.

Առողջության ապահովագրության ընկերությունը կամ արհմիությունը (նշեք արհմիության տեղական համարը)	Տրամադրող <input type="checkbox"/> Խնամող կողմ <input type="checkbox"/> Չխնամող ծնող <input type="checkbox"/> Գործատեր <input type="checkbox"/> Այլ՝ Հարաբերությունը՝
Ապահովագրության ընկերության հասցեն՝ փողոցը, բնակարանի համարը կամ շինության համարը (Հասցեն, ուր ուղարկվում են վճարման հայցերը)	Հեռախոսի համարը (տարածքի կոդի հետ միասին)

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

Ներկայումս 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 դնել այս վանդակում, եթե Չեր առողջության ապահովագիրը ստացող լրացուցիչ խնամյալների անունները նշված են առանձին թերթի վրա: Խնդրում ենք կցել թերթը:
 Չի տրամադրվում խնամյալներից

Ապահովագիրն ընդգրկում է հետևյալը (նշան դրեք ապահովագրում ընդգրկված բոլոր կետերի դիմաց)՝

- Բժշկի այցելություններ «Medicare» Լրացուցիչ հատուկ հիվանդություն Դեղատոմսային դեղեր
 Երկարատև խնամք Հիվանդանոցում մնալը/ocnitate Ամբուլատոր բուժսպասարկում Այլ (նշել)՝
 (այսինքն՝ լաբորատոր հետազոտություններ, ֆիզիոթերապիա)

ԱՏԱՄՆԱՐՈՒԺԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒՄԸ:

Ներկայումս Դուք ատամնաբուժական ապահովագրում ունե՞ք:

- Այո Ոչ Եթե այո, խնդրում ենք լրացնել հետևյալը.

Ատամնաբուժական ապահովագրության ընկերությունը

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

Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը	Ապահովագրի համարը
Ապահովագիրը \$		Նշան դրեք մեկի մոտ՝ <input type="checkbox"/> Շաբաթը մեկ <input type="checkbox"/> Երկու շաբաթը մեկ <input type="checkbox"/> Կես ամիսը մեկ	
Ձեր կողմից վճարվող գումարը \$		Նշան դրեք մեկի մոտ՝ <input type="checkbox"/> Շաբաթը մեկ <input type="checkbox"/> Երկու շաբաթը մեկ <input type="checkbox"/> Կես ամիսը մեկ	
Գործատիրոջ կողմից վճարվող գումարը \$		Նշան դրեք մեկի մոտ՝ <input type="checkbox"/> Շաբաթը մեկ <input type="checkbox"/> Երկու շաբաթը մեկ <input type="checkbox"/> Կես ամիսը մեկ	
Առողջության ապահովագրության՝ աշխատակցի 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.						

Խնդրում ենք նշան դնել այս վանդակում, եթե Ձեր ատամնաբուժական ապահովագիրը ստացող լրացուցիչ խնամյալ(ների) անունները նշված են առանձին թերթի վրա: Խնդրում ենք կցել թերթը:

Չի տրամադրվում խնամյալ(ներ)ին

ԱԿՆԱՐՈՒԺԱԿԱՆ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒՄԸ:

Ներկայումս Դուք ակնաբուժական ապահովագրում ունե՞ք:

- Այո Ոչ Եթե այո, խնդրում ենք լրացնել հետևյալը.

Ակնաբուժական ապահովագրության ընկերությունը

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

Քաղաքը	Նահանգը	Փոստային ինդեքսը	Ապահովագրի համարը
Ապահովագիրը \$		Նշան դրեք մեկի մոտ՝ <input type="checkbox"/> Շաբաթը մեկ <input type="checkbox"/> Երկու շաբաթը մեկ <input type="checkbox"/> Կես ամիսը մեկ	
Ձեր կողմից վճարվող գումարը \$		Նշան դրեք մեկի մոտ՝ <input type="checkbox"/> Շաբաթը մեկ <input type="checkbox"/> Երկու շաբաթը մեկ <input type="checkbox"/> Կես ամիսը մեկ	
Գործատիրոջ կողմից վճարվող գումարը \$		Նշան դրեք մեկի մոտ՝ <input type="checkbox"/> Շաբաթը մեկ <input type="checkbox"/> Երկու շաբաթը մեկ <input type="checkbox"/> Կես ամիսը մեկ	
Առողջության ապահովագրության՝ աշխատակցի 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.						

Խնդրում ենք նշան դնել այս վանդակում, եթե Ձեր ակնաբուժական ապահովագիրը ստացող լրացուցիչ խնամյալ(ների) անունները նշված են առանձին թերթի վրա: Խնդրում ենք կցել թերթը:

Չի տրամադրվում խնամյալ(ներ)ին

