



Номер счета:

Дата:

Полное имя пациента:

Дата оказания услуги:

Общие валовые расходы:

Чтобы мы рассмотрели вашу учетную запись для получения финансовой помощи, вы должны заполнить, подписать и вернуть Заявление на безвозмездную помощь. Приложите все документы, указанные в заявке, а также копию своего удостоверения личности и карты социального страхования.

Нам понадобятся следующие документы:

- Банковские выписки за последние 3 месяца
- Копия квитанций о заработной плате за последние три месяца
- Копия налоговой декларации за прошлый год
- Квитанция об аренде или подтверждение ежемесячного платежа по ипотеке
- Копия всех полученных государственных пособий

Если вы не работаете и не имеете источника дохода, отправьте нам подробное письмо от человека, который предоставляет вам бесплатное проживание и питание (они не будут нести ответственность за ваши счета).

Ваше заявление на безвозмездное медицинское обслуживание не будет рассматриваться, если запрошенная информация не будет предоставлена или будет заполнена не полностью.

Если у вас есть какие-либо вопросы относительно этого приложения, не стесняйтесь обращаться к нам по телефону (800) 404-6627. Мы готовы помочь вам с понедельника по пятницу с 8:00 до 17:00.

С уважением,

Административный офис

**Верните заполненное заявление и приложения по адресу:**

Children's Hospital Los Angeles  
Patient Business Services  
4650 Sunset Blvd, MS #26  
Los Angeles, CA 90027