



N.º de cuenta:

Fecha:

Nombre del paciente:

Fecha de prestación del servicio:

Cargos brutos totales:

Con el fin de que podamos considerar si su cuenta es elegible para recibir ayuda financiera, debe completar, firmar y devolver la Solicitud de atención no remunerada adjunta. Por favor, incluya todos los documentos solicitados en la solicitud adjunta y una copia de sus tarjetas de identificación y de seguro social.

Necesitaremos ver lo siguiente:

- los estados de cuenta bancarios de los últimos 3 meses
- una copia de los recibos de sueldo de los últimos tres meses
- una copia de la declaración de impuestos del año pasado
- un recibo de alquiler o prueba del pago mensual de la hipoteca
- una copia de cualquier beneficio del gobierno que reciba

Si está desempleado y no tiene ninguna fuente de ingresos, envíenos una carta detallada de parte de la persona que le proporciona alojamiento y comida gratis. (Esta persona no será responsable de sus facturas).

Si no se proporciona la información solicitada detalladamente o si está incompleta, no se evaluará su Solicitud de atención no remunerada.

Si tiene alguna pregunta con respecto a esta solicitud, no dude en contactarse con nosotros al (800) 404-6627. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Atentamente,

Oficina administrativa

**Debe enviar su solicitud completada y los documentos adjuntos a:**

Children's Hospital Los Angeles –

Patient Business Office

4650 Sunset Blvd. MS #26

Los Angeles, CA 90027