



アカウント番号:  
患者氏名:  
サービス提供日:  
総額合計:

日付:

当院がお客様のアカウントを経済的支援の対象として検討するためには、補償なしケア申請書に記入、署名、返送していただく必要があります。申請書に要求されたすべての書類を添付し、身分証明書とソーシャルセキュリティカードのコピーも同封してください。

当方の確認事項：

- 過去三ヶ月分の銀行取引明細書
- 過去三ヶ月分の給与明細の写し
- 昨年度の確定申告書の写し
- 賃貸の領収書、または毎月の住宅ローンの支払を証明するもの
- 政府から受けている給付金の写し

失業中で収入源がない場合は、無料で部屋と食事を提供してくれる人（請求については責任を負いません）からの詳細な手紙をご送付ください。

申請された情報が提供されない場合、もしくは十分に記入されていない場合は、補償なしケア申請書は評価されません。

本アプリケーションについてご不明な点がございましたら、ご遠慮なく（800）404-6627までご連絡ください。月曜日から金曜日のAM8:00～PM5:00まで対応いたします。

敬具

運営事務所

**必要事項を記入した応募用紙と添付書類のご返送をお願いします：**

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