



លេខគណនី:

កាលបរិច្ឆេទ:

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ:

ថ្ងៃបានទទួលសេវាកម្ម:

ការគិតថ្លៃសរុប:

ដើម្បីឱ្យពួកយើងពិចារណាលើគណនីរបស់អ្នកសម្រាប់ជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ អ្នកត្រូវតែបំពេញ ចុះហត្ថលេខា និងប្រគល់ត្រឡប់មកវិញនូវ ពាក្យស្នើសុំការថែទាំដែលមិនមានសំណង។ សូមភ្ជាប់ឯកសារទាំងអស់ដូចបានស្នើសុំនៅលើ ពាក្យស្នើសុំ ព្រមទាំងច្បាប់ចម្លងអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ និងប័ណ្ណសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នកផងដែរ។

យើងនឹងចាំបាច់ត្រូវពិនិត្យមើល:

- របាយការណ៍ធនាគារសម្រាប់រយៈពេល 3 ខែកន្លងមក
- ច្បាប់ចម្លងនៃចុងសន្លឹកប្រាក់ខែបីខែចុងក្រោយ
- ច្បាប់ចម្លងនៃលិខិតប្រកាសពន្ធកាលពីឆ្នាំមុន
- បង្កាន់ដៃជួល ឬកស្តីតាងនៃការបង់រំលស់ប្រចាំខែ
- ច្បាប់ចម្លងនៃអត្ថប្រយោជន៍រដ្ឋាភិបាលណាមួយដែលកំពុងទទួលបាន

ប្រសិនបើអ្នកគ្មានការងារធ្វើ និងគ្មានប្រភពចំណូល សូមផ្ញើមកយើងនូវលិខិតលម្អិតពីអ្នកដែលកំពុងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការស្នាក់អាស្រ័យ និងអាហារដោយឥតគិតថ្លៃ (ពួកគេនឹងមិនទទួលខុសត្រូវលើវិក្កយបត្ររបស់អ្នកទេ)។

ពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំដែលមិនផ្តល់សំណងនឹងមិនត្រូវបានវាយតម្លៃទេ ប្រសិនបើព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំមិនត្រូវបានផ្តល់ឱ្យ ឬមិនបានបំពេញឱ្យបានហ្មត់ចត់។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរទាក់ទងនឹងពាក្យសុំនេះ សូមកុំស្ទាក់ស្ទើរក្នុងការទាក់ទងមកយើងខ្ញុំតាមលេខ (800) 404-6627។ យើងរង់ចាំជួយអ្នកពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ 5:00 ល្ងាច។

ដោយក្តីគោរព

ការិយាល័យរដ្ឋបាល

ប្រគល់ពាក្យសុំដែលបានបំពេញរួច និងឯកសារភ្ជាប់របស់អ្នកទៅ:

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