



หมายเลขบัญชี:

วันที่:

ชื่อผู้ป่วย:

วันที่รับบริการ:

ค่าใช้จ่ายรวมทั้งหมด:

เพื่อให้เราพิจารณาบัญชีของคุณสำหรับความช่วยเหลือทางการเงิน คุณต้องกรอก ลงนาม และส่ง ใบสมัครสำหรับการดูแลที่ไม่ได้รับการชดเชย โปรดแนบเอกสารทั้งหมดตามที่ขอในใบสมัคร และแนบ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและบัตรประกันสังคมของคุณด้วย

เราจำเป็นต้องตรวจสอบ:

- รายการเดินบัญชีธนาคารย้อนหลัง 3 เดือน
- สำเนาต้นขั้วค่าจ้างสามเดือนล่าสุด
- สำเนาคงการคืนภาษีของปีที่แล้ว
- ใบเสร็จรับเงินค่าเช่าหรือหลักฐานการชำระค่าจำนองรายเดือน
- สำเนาผลประโยชน์ของรัฐบาลใด ๆ ที่ได้รับ

หากคุณว่างงานและไม่มีแหล่งที่มาของรายได้ โปรดส่งจดหมายที่มีละเอียดจากบุคคลที่ให้ห้องพักและ ค่าอาหารฟรีแก่คุณ (พวกเขาจะไม่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายของคุณ)

ใบสมัครสำหรับการดูแลที่ไม่ได้รับคำตอบแทนของคุณจะไม่ได้รับการประเมินหากไม่ได้ให้ข้อมูลที่ร้องขอหรือ ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์

หากคุณมีคำถามใด ๆ เกี่ยวกับแอปพลิเคชันนี้ โปรดอย่าลังเลที่จะติดต่อเราที่ (800) 404-6627 เราพร้อมให้ ความช่วยเหลือคุณในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8.00 น. ถึง 17.00 น.

ขอแสดงความนับถือ

สำนักงานธุรการ

ส่งใบสมัครและไฟล์แนบที่กรอกเสร็จแล้วของคุณกลับมาที่:

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