

無補償診療の申請について

セクション 1. 家族・保証人情報		セクション 4. 非流動資産				
家族の総数:		形成	年度	負債額	月次支払額	価値
21歳未満の扶養家族数:		自家用車 1				_____ドル
保証人名:		自家用車 2				_____ドル
患者との続柄:		その他				_____ドル
市民権取得状況		合計				
		住居は所有、賃貸物件のいずれですか。		所有	賃貸	
セクション 2. 月収総額		その他の物件を所有していますか。		はい	いいえ	
母親:		住所/居住地				
<input type="checkbox"/> 雇用	_____ドル			価値	負債額	株式
<input type="checkbox"/> 障害者	_____ドル					
<input type="checkbox"/> 非雇用	_____ドル					
<input type="checkbox"/> 定年退職	_____ドル	その他の物件				
<input type="checkbox"/> Medi-cal	_____ドル				非流動資産合計	_____ドル
<input type="checkbox"/> その他:	_____ドル					
父親		セクション 5. 月次支出				
<input type="checkbox"/> 雇用	_____ドル		母親	父親		
<input type="checkbox"/> 障害者	_____ドル	慰謝料または養育費	ドル	ドル		
<input type="checkbox"/> 非雇用	_____ドル	子供のデイケア費用	ドル	ドル		
<input type="checkbox"/> 定年退職	_____ドル	健康保険料	ドル	ドル		
<input type="checkbox"/> Medi-cal	_____ドル	仕事にかかる費用 (1人あたり最高 75ドル)	ドル	ドル		
<input type="checkbox"/> その他:	_____ドル	医療費・歯科医療費合計	ドル	ドル		
総収入:	_____ドル	掛売勘定・ローン・クレジットカード:	ドル	ドル		
		氏名:	ドル	ドル		
		氏名:	ドル	ドル		
セクション 3. 流動資産		氏名:	ドル	ドル		
当座預金口座 (Checking Account) の番号	_____ドル	マスターカードの限度額	ドル	ドル		
銀行名:		ビザカードの限度額:	ドル	ドル		
支店:		支出総額	_____ドル	_____ドル		
普通預金口座 (Savings Account) の番号:	_____ドル					
銀行名:		必要な書類				
支店:		<input type="checkbox"/> 昨年の確定申告書または 3 か月分の給与明細書				
その他:	_____ドル	<input type="checkbox"/> 銀行口座の明細書のコピー (2 か月分)				
具体的に記入してください		<input type="checkbox"/> 家賃の領収書または住宅ローンの支払い明細 (3 か月)				
流動資産の合計:	_____ドル	<input type="checkbox"/> その他 (具体的に)				

目的: 本情報は、Children's Hospital LA でのサービスに対する支払い能力、または医療支援プログラムへの参加資格の可能性を判断するためのものです。本情報は、Medi-cal、California Children's Services、County Medically Indigent Services Program、またはその他の郡の支援プログラムの申請のためのものではありません。アシスタンスプログラムに申し込むには、居住する郡の社会福祉局に連絡する必要があります。

私は、上記の情報が正確かつ完全なものであることをここに証明します。私は、病院がすべての情報を確認する権利を有することを理解しています。私は、私の財務情報に変更があった場合、変更後 10 日以内に Patient Business Services に通知することに同意します。

私は、Childrens Hospital Los Angeles でかかった医療費全額についての責任が、依然自分にあることを理解しています。

保護者の署名

日付

証人・翻訳者

病院代表者