

التاريخ:

رقم الحساب:  
إسم المريض:  
تاريخ الخدمة:  
المجموع الإجمالي للتكاليف:

حتى تتمكن من أخذ حسابكم بعين الاعتبار للمساعدة المالية، يجب عليكم إكمال و توقيع و رد الإستمارة المرفقة لطلب الرعاية الطبية بدون تعويض. الرجاء إرفاق مع الإستمارة المقدمة جميع المستندات المطلوبة و إرفاق نسخة من الهوية الشخصية و بطاقه الضمان الإجتماعي أيضاً.

#### نحن بحاجة لرؤية :

- \* كشف الحسابات المصرفية للثلاث أشهر الماضية
- \* نسخة عن وصل الراتب للثلاث أشهر الماضية
- \* نسخة من الإقرار الضريبي للعام الماضي
- \* إيصال الإيجار أو إثبات دفعات للرهن العقاري
- \* نسخة عن أي مساعدات حكومية يتم إستلامها

إذا كنت عاطل عن العمل و لا يوجد اي مصدر للدخل، يرجى إرسال رسالة مفصلة من الشخص الذي يدعمك بمكان الإقامة مجاني و وجبات. (هذا الشخص غير مسؤول عن الفواتير الخاصة بك)

لن يتم تقييم طلبك للرعاية الطبية بدون تعويض إذا لم تتوفر جميع المعلومات المطلوبة أو لم يتم إستكمالها بالكامل.

إذا يوجد لديك أي إسئلة بخصوص الإستمارة، لا تتردد بالإتصال بنا على الرقم الآتي 404-6627-(800). نحن متواجدون من يوم الإثنين إلى يوم الجمعة من الثامنة صباحاً حتى الخامسة مساءً.

مع خالص الشكر،

المكتب الإداري

قم برد الإستمارة المستكملة و المرفقات إلى:

Nathan Constant  
Children's Hospital Los Angeles - MS# 109  
4650 Sunset Blvd.  
Los Angeles, CA 90027