অ্যাকাউন্ট নম্বর: তারিখ:
রোগীর নাম:
পরিষেবার তারিখ দেওয়া হয়েছিল:
মোট সম্পূর্ণ চার্জ:

আর্থিক সহায়তার জন্য আপনার বিষয়টি বিবেচিত হওয়ার জন্য, আপনাকে অবশ্যই আর্থিক প্রতিদানবিহীন পরিচর্যার জন্য আবেদনপত্র স্বাক্ষর সহ পূরণ করে ফেরত দিতে হবে। অনুগ্রহ করে সমস্ত নথি অন্তর্ভুক্ত করুন যেমনটি আবেদনপত্রে অনুরোধ করা হয়েছিল এবং আপনার আইডি ও সামাজিক সুরক্ষা কার্ডের একটি কপিও অন্তর্ভুক্ত করুন।

আমাদের এগুলি দেখতে হবে:

- বিগত ৩ মাসের ব্যাংক স্টেটমেন্ট
- গত তিন মাসের বেতন ভাতার কপি
- গত বছরের ট্যাক্স রিটার্নের কপি
- ভাড়ার রসিদ বা মাসিক বন্ধকের অর্থ প্রদানের প্রমাণ
- প্রাপ্ত যে কোনো সরকারি সুবিধার কপি

আপনি যদি বেকার হন এবং আয়ের কোনও উৎস না থাকে তবে অনুগ্রহ করে আমাদের সেই ব্যক্তির কাছ থেকে একটি বিশদ চিঠি পাঠান যিনি আপনাকে বিনামূল্যে রুম এবং আহার সরবরাহ করছেন (তারা আপনার বিলের জন্য দায়ী হবে না)।

অনুরোধ করা তথ্য সরবরাহ না করা হলে বা সম্পূর্ণরূপে পূরণ না করা হলে আর্থিক প্রতিদানবিহীন পরিচর্যার বিষয়ে আপনার আবেদন মূল্যায়ন করা হবে না।

এই আবেদন সম্পর্কে আপনার যদি কোনও প্রশ্ন থাকে, তবে অনুগ্রহ করে (800) 404-6627 তে আমাদের সাথে যোগাযোগ করতে দ্বিধা করবেন না। আমরা আপনাকে সোমবার থেকে শুক্রবার সকাল ৪:00 টা থেকে বিকাল 5:00 টা পর্যন্ত সহায়তা করার জন্য উপলব্ধ।

শুভেচ্ছান্তে,

প্রশাসনিক অফিস

আপনার পূরণ করা অবেদনপত্রটি এবং সংযুক্তিগুলি এখানে ফেরত পাঠান:
Children's Hospital Los Angeles
Patient Business Services
4650 Sunset Blvd, MS #26
Los Angeles, CA 90027