

תאריך:

מספר חשבון:

שם המטופל:

תאריך מתן השירות:

חיוב כולל - ברוטו:

כדי שנוכל לשקול להעביר לחשבונך סיוע כספי, עליך למלא, לחתום ולהחזיר את טופס הבקשה לקבלת טיפול בעלות מופחתת. הקפד לכלול את כל המסמכים שמצוינים בטופס הבקשה וכן עותק של תעודת הזהות וכרטיס הביטוח הלאומי (social security).

נצטרך לראות:

- דפי חשבון מ-3 החודשים האחרונים
- עותק של תלושי שכר מ-3 החודשים האחרונים
- עותק של החזר מס מהשנה שעברה
- קבלה על תשלום שכירות או הוכחה להחזר משכנתא חודשי
- עותק של הטבות כלשהן שניתנות לך מהמדינה

אם אתה מובטל וללא מקור הכנסה, שלח אלינו מכתב מפורט מהאדם שמעניק לך מגורים וכלכלה בחינם (הוא לא יישא באחריות לחשבונות שלך).

בקשתך לקבלת טיפול בעלות מופחתת לא תיבחן אם המידע הדרוש לא יסופק או אם הוא יסופק בצורה חלקית.

בכל שאלה לגבי הבקשה, אל תהסס ליצור איתנו קשר במספר 404-6627 (800). אנו עומדים לשירותך בימים שני עד שישי, בין השעות 08:00 ו-17:00.

בכבוד רב,

המשרד האדמיניסטרטיבי

**החזר את טופס הבקשה לאחר מילוי בצירוף המסמכים הדרושים אל:**

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