Numărul contului: Dată:
Numele pacientului:
Dată asigurare serviciu:
Totalul cheltuielilor brute:

Pentru ca noi să luăm în considerare contul dvs. pentru asistență financiară, trebuie să completați, să semnați și să returnați Cererea de îngrijire necompensată. Vă rugăm să includeți toate documentele solicitate în cerere și să includeți și o copie a actului de identitate și a cardului de securitate socială.

Va trebui să vedem:

- Extrase bancare pentru ultimele 3 luni
- Copie a fluturașilor de salariu din ultimele trei luni
- Copie după declarația fiscală de anul trecut
- Chitanță de închiriere sau dovada plății lunare a ipotecii
- Copie a oricăror ajutoare guvernamentale primite

Dacă sunteți șomer(ă) și nu aveți nicio sursă de venit, vă rugăm să ne trimiteți o scrisoare detaliată de la persoana care vă oferă cazare și masă gratuite (nu va fi responsabilă pentru facturile dvs.).

Cererea de îngrijire necompensată nu va fi evaluată dacă informațiile solicitate nu sunt furnizate sau nu sunt completate în detaliu.

Dacă aveți întrebări cu privire la această cerere, nu ezitați să ne contactați la (800) 404-6627. Suntem disponibili pentru a vă ajuta de luni până vineri de la 8:00 la 17:00.

Cu stimă,

Biroul administrativ

**Returnați cererea completată și atașamentele la:**
Children's Hospital Los Angeles
Patient Business Services
4650 Sunset Blvd, MS #26
Los Angeles, CA 90027