หมายเลขบัญชี: วันที่:
ชื่อผู้ป่วย:
วันที่รับบริการ:
ค่าใช้จ่ายรวมทั้งหมด:

เพื่อให้เราพิจารณาบัญชีของคุณสำหรับความช่วยเหลือทางการเงิน คุณต้องกรอก ลงนาม และส่งใบสมัครสำหรับการดูแลที่ไม่ได้รับการชดเชย โปรดแนบเอกสารทั้งหมดตามที่ขอในใบสมัคร และแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและบัตรประกันสังคมของคุณด้วย

เราจำเป็นต้องตรวจสอบ:

- รายการเดินบัญชีธนาคารย้อนหลัง 3 เดือน
- สำเนาต้นขั้วค่าจ้างสามเดือนล่าสุด
- สำเนาการคืนภาษีของปีที่แล้ว
- ใบเสร็จรับเงินค่าเช่าหรือหลักฐานการชำระค่าจำนองรายเดือน
- สำเนาผลประโยชน์ของรัฐบาลใด ๆ ที่ได้รับ

หากคุณว่างงานและไม่มีแหล่งที่มาของรายได้ โปรดส่งจดหมายที่มีละเอียดจากบุคคลที่ให้ห้องพักและค่าอาหารฟรีแก่คุณ (พวกเขาจะไม่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายของคุณ)

ใบสมัครสำหรับการดูแลที่ไม่ได้รับค่าตอบแทนของคุณจะไม่ได้รับการประเมินหากไม่ได้ให้ข้อมูลที่ร้องขอหรือไม่ครบถ้วนสมบูรณ์

หากคุณมีคำถามใด ๆ เกี่ยวกับแอปพลิเคชันนี้ โปรดอย่าลังเลที่จะติดต่อเราที่ (800) 404-6627 เราพร้อมให้ความช่วยเหลือคุณในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8.00 น. ถึง 17.00 น.

ขอแสดงความนับถือ

สำนักงานธุรการ

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