

التاريخ:

رقم الحساب:  
اسم المريض:  
تاريخ توفير الخدمة:  
إجمالي الرسوم:

لكي نفكر في حصول حسابك على المساعدة المالية، يجب عليك إكمال وتوقيع وإرجاع طلب الرعاية بدون تعويض. يرجى تضمين جميع الوثائق كما هو مطلوب في الطلب وإرفاق نسخة من بطاقة الهوية وبطاقة الضمان الاجتماعي أيضًا.

سنحتاج إلى الحصول على ما يلي:

- كشوف الحساب البنكي لآخر 3 أشهر
- نسخة من كعوب إيصالات الرواتب للأشهر الثلاثة الأخيرة
- نسخة من الإقرار الضريبي للسنوات الماضية
- إيصال الإيجار أو إثبات سداد الرهن الشهري
- نسخة من أي امتيازات حكومية تحصل عليها

إذا كنت عاطلاً عن العمل وليس لديك مصدر دخل، يرجى إرسال رسالة مفصلة إلينا من الشخص الذي يوفر لك الإقامة والمأكل مجاناً (لن يكون مسؤولاً عن دفع فواتيرك).

لن يتم تقييم طلبك للحصول على الرعاية بدون تعويض إذا لم يتم تقديم المعلومات المطلوبة أو لم يتم استكمالها بشكل كامل.

إذا كانت لديك أي أسئلة بخصوص هذا الطلب، فلا تتردد في الاتصال بنا على (800) 404-6627. نحن متواجدون لمساعدتك من الاثنين إلى الجمعة من 8:00 صباحاً إلى 5:00 مساءً.

مع أرق الأمنيات،

المكتب الإداري

قم بإعادة طلبك المكتمل والمرفقات إلى:

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