



លេខគណនី:
 ឈ្មោះអ្នកជំងឺ:
 ថ្ងៃបានទទួលសេវាកម្ម:
 ការគិតថ្លៃសរុប:

កាលបរិច្ឆេទ:

ដើម្បីឱ្យពួកយើងពិចារណាលើគណនីរបស់អ្នកសម្រាប់ជំនួយផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ អ្នកត្រូវតែបំពេញ
 ចុះហត្ថលេខា និងប្រគល់ត្រឡប់មកវិញនូវ ពាក្យស្នើសុំការថែទាំដែលមិនមានសំណង។
 សូមភ្ជាប់ឯកសារទាំងអស់ដូចបានស្នើសុំនៅលើ ពាក្យស្នើសុំ ព្រមទាំងច្បាប់ចម្លងអត្តសញ្ញាណ
 បញ្ជី និងបញ្ជីសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នកផងដែរ។

យើងនឹងចាំបាច់ត្រូវពិនិត្យមើល៖

- របាយការណ៍ធនាគារសម្រាប់រយៈពេល 3 ខែកន្លងមក
- ច្បាប់ចម្លងនៃចុងសន្លឹកប្រាក់ខែបីខែចុងក្រោយ
- ច្បាប់ចម្លងនៃលិខិតប្រកាសពន្ធកាលពីឆ្នាំមុន
- បង្កាន់ដៃជួល ឬកសិកម្មនៃការបង់រំលស់ប្រចាំខែ
- ច្បាប់ចម្លងនៃអត្ថប្រយោជន៍រដ្ឋាភិបាលណាមួយដែលកំពុងទទួលបាន

ប្រសិនបើអ្នកគ្មានការងារធ្វើ និងគ្មានប្រភពចំណូល សូមផ្ញើមកយើងនូវលិខិតលម្អិតពីអ្នក
 ដែលកំពុងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវការស្នាក់អាស្រ័យ និងអាហារដោយឥតគិតថ្លៃ
 (ពួកគេនឹងមិនទទួលខុសត្រូវលើវិក្កយបត្ររបស់អ្នកទេ)។

ពាក្យស្នើសុំរបស់អ្នកសម្រាប់ការថែទាំដែលមិនផ្តល់សំណងនឹងមិនត្រូវបានវាយតម្លៃទេ
 ប្រសិនបើព័ត៌មានដែលបានស្នើសុំមិនត្រូវបានផ្តល់ឱ្យ ឬមិនបានបំពេញឱ្យបានហ្មត់ចត់។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរទាក់ទងនឹងពាក្យសុំនេះ សូមកុំស្នាក់ស្នើរក្នុងការទាក់ទងមកយើងខ្ញុំ
 តាមលេខ (800) 404-6627។ យើងរង់ចាំជួយអ្នកពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់
 5:00 ល្ងាច។

ដោយក្តីគោរព

ការិយាល័យរដ្ឋបាល

ប្រគល់ពាក្យសុំដែលបានបំពេញរួច និងឯកសារភ្ជាប់របស់អ្នកទៅ៖

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