

درخواست برای خدمات مراقبتی خارج از پو

بخش 1 - اطلاعات مربوط به خانواده / ضامن				بخش IV - دارایی‌های غیر نقدی		
تعداد کل در خانواده:						
تعداد افراد تحت تکفل زیر 21 سال:						
نام ضامن:						
نسبت یا بیمار:						
وضعیت شهروندی:						
شما مالک هستید یا مستأجر؟						
آیا ملک دیگری دارید؟						
آدرس/مکان:						
بخش دوم - درآمد ناخالص ماهانه						
مادر:						
<input type="checkbox"/> اشتغال						
<input type="checkbox"/> ناتوانی						
<input type="checkbox"/> بیکاری						
<input type="checkbox"/> بازنشستگی						
<input type="checkbox"/> Medi-cal						
<input type="checkbox"/> سایر:						
بخش V - مخارج ماهانه						
<input type="checkbox"/> اشتغال						
<input type="checkbox"/> ناتوانی						
<input type="checkbox"/> بیکاری						
<input type="checkbox"/> بازنشستگی						
<input type="checkbox"/> Medi-cal						
<input type="checkbox"/> سایر:						
مجموع درآمد:						
نام:						
نام:						
نام:						
سقف مسترکارت						
سقف ویزا کارت:						
مجموع مخارج						
بخش III - دارایی‌های نقدی						
در حال بررسی حساب شماره						
نام بانک:						
شعبه:						
شماره حساب پس‌انداز:						
نام بانک:						
شعبه:						
سایر:						
مشخص کنید						
کل دارایی‌های نقدی:						

هدف: هدف از ارائه این اطلاعات تعیین توانایی شما در پرداخت هزینه خدمات بیمارستان کودکان لس آنجلس یا واجد شرایط بودن احتمالی شما برای برنامه کمک پزشکی است. ارائه این اطلاعات به منزله ارائه درخواست برای دریافت خدمات پزشکی و خدمات کودکان کالیفرنیا، برنامه خدمات افراد محروم از خدمات پزشکی کانتی یا هر برنامه کمک رسانی کانتی دیگری نیست. برای ارائه درخواست برای برخورداری از برنامه های کمک، باید با بخش خدمات اجتماعی در کانتی محل سکونت خود تماس بگیرید. من صحیح و کامل بودن اطلاعات فوق را تأیید می‌کنم. من می‌پذیرم که این بیمارستان این حق را برای خود محفوظ می‌دارد که کاپیه اطلاعات فوق را راستی‌آزمایی کند. من موافقت می‌کنم که ظرف 10 روز پس از هر گونه تغییر در اطلاعات مالی خود، آنها را به بخش خدمات تجاری بیمار اطلاع دهم.

من می‌پذیرم که مسئول کل هزینه‌های خود در بیمارستان کودکان لس آنجلس هستم.

سرپرست

تاریخ امضاء والدین/

نماینده بیمارستان

شاهد/ مترجم