



تاریخ:

شماره حساب:

نام بیمار:

تاریخ ارائه خدمات:

جمع هزینه‌های ناخالص:

برای اینکه حساب را شما برای کمک مالی لحاظ کنیم، باید درخواست خدمات مراقبتی بدون خارج از پوشش را تکمیل کنید، امضا کنید و آن را بازگردانید. مطابق آنچه در درخواست تقاضا شده، لطفاً تمام اسناد را ارائه کنید و یک کپی از مدرک شناسایی و کارت تأمین اجتماعی خود را نیز به آن ضمیمه کنید.

لازم است تا موارد زیر را بررسی کنیم:

- صورتحساب‌های بانکی 3 ماه گذشته
- کپی فیش‌های حقوقی سه ماه گذشته
- کپی اظهارنامه مالیاتی سال گذشته
- رسید اجاره یا سند پرداخت ماهانه وام مسکن
- کپی مزایای دولتی دریافتی

اگر بیکار هستید و منبع درآمدی ندارید، از سوی شخصی که به شما جای خواب و غذای رایگان می‌دهد، لطفاً یک نامه به ما ارسال کنید (او در قبال صورت‌حساب‌های شما مسئولیتی نخواهند داشت).

اگر اطلاعات درخواست‌شده ارائه نشوند یا به‌طور کامل تکمیل نشوند، «درخواست شما برای مراقبت خارج از پوشش» مورد ارزیابی قرار نمی‌گیرد.

اگر در خصوص این درخواست سوالی دارید، لطفاً بلافاصله با شماره (800) 404-6627 با تماس بگیرید. ما دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 عصر برای کمک به شما در دسترس هستیم.

با احترام،

امور اداری

درخواست تکمیل‌شده و پیوست‌های آن را به نشانی زیر بازگردانید:

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