



Número de conta:

Data:

Nome do doente:

Data da prestação do serviço:

Total dos encargos brutos:

IPara que possamos considerar a sua conta para assistência financeira, deve preencher, assinar e devolver o Pedido de Cuidados Não Remunerados. Inclua todos os documentos solicitados no pedido e também uma cópia do seu documento de identificação e do cartão da segurança social.

Precisaremos ver o seguinte:

- extratos bancários dos últimos 3 meses;
- cópia dos recibos de vencimento dos últimos três meses;
- cópia da declaração de rendimentos do ano passado;
- recibo de aluguer ou comprovativo do pagamento mensal da hipoteca;
- cópia de qualquer benefício governamental que receba.

Se está desempregado e não tem qualquer fonte de rendimento, envie-nos uma carta pormenorizada da pessoa que lhe fornece alojamento e alimentação gratuitos (essa pessoa não será responsável pelas suas faturas).

O seu Pedido de Cuidados Não Remunerados não será avaliado se as informações solicitadas não forem fornecidas ou se estiverem incompletas.

Se tiver alguma dúvida sobre este pedido, não hesite em contactar-nos através do número (800) 404-6627. Estamos disponíveis para ajudá-lo de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h.

Com os melhores cumprimentos,

Gabinete Administrativo

Devolva o seu pedido preenchido e anexos para:

Children's Hospital Los Angeles

Patient Business Services

4650 Sunset Blvd, MS #26

Los Angeles, CA 90027