



Հաշվեհամար:
 Հիվանդի անունը:
 Սպասարկման ամսաթիվը:
 Ընդհանուր վճարը:

Ամսաթիվ.

Որպեսզի նկատի առնենք թե արդյոք ձեր հաշիվը ենթակա է ֆինանսական աջակցության թե ոչ, պետք է լրացնեք, ստորագրեք և վերադարձնեք *Անվճարունակ խնամքի դիմում*ը: Խնդրում ենք կցել ներփակված դիմումում պահանջված բոլոր փաստաթղթերը, նաև կցեք ձեր նույնականացման քարտի և Սոցիալական ապահովության քարտի պատճենները:

Պետք է ստանանք.

- Բանկային հաշվի վերջին երեք ամսվա քաղվածքները
- Վերջին երեք ամիսների աշխատավարձի կտրոնների պատճենները
- Վերջին տարվա հարկային հայտարարագիրը
- Վարձի ստացական կամ անշարժ գույքի գրավավիճակառության ամսական վճարի ապացույց
- Կառավարության կողմից տրվող որևէ նպաստի պատճեն

Եթե գործազուրկ եք և եկամուտ չունեք, խնդրում ենք, որ ձեզ անվճար սենյակ կամ կացարան տրամադրող անձը մանրամասն նամակ ուղարկի, (նրանք ձեր վճարումների համար պատասխանատու չեն լինի):

Ձեր *Անվճարունակ խնամքի դիմում*ին ընթացք չի տրվի, եթե այն ամբողջությամբ չլրացվի կամ պահանջված տեղեկությունները չտրամադրվեն:

Դիմումի վերաբերյալ հարցեր ունենալու դեպքում, խնդրում ենք գանգահարել մեզ (800) 404-6627 հեռախոսահամարով: Ձեզ օգնելու համար մենք մատչելի ենք երկուշաբթիից ուրբաթ առավոտյան 8:00-ից մինչև 17:00:

Հարգանքներով,

Բիզնես գրասենյակ

Լրացված դիմումը և դրան կից թղթերը ուղարկեք ներքոհիշյալ հասցեին:
 Children’s Hospital Los Angeles –
 Patient Business Office
 4650 Sunset Blvd. MS #26
 Los Angeles, CA 90027