



账号：

日期：

患者姓名：

服务日期：

总费用：

为了让我们考虑对您的账户进行经济援助，您必须填写、签署并交回无偿护理申请表。请按申请表上的要求附上所有文件，并附上您的身份证和社会保障卡的复印件。

我们需要查看：

- 过去 3 个月的银行对账单
- 最近三个月的工资单复印件
- 上一年度的报税表副本
- 租金收据或每月按揭付款证明
- 收到的任何政府福利的副本

如果您失业且没有收入来源，请向我们发送一封由为您提供免费食宿的人所写的详细信件（他们不会负责您的账单）。

如果您未提供或未完整填写所要求的信息，您的无偿护理申请表将不会得到评估。

如果您对此申请表有任何疑问，请随时致电 (800) 404-6627 与我们联系。我们可以在周一至周五上午 8:00 至下午 5:00 为您提供帮助。

谨致问候

行政办公室

请将填妥的申请表和附件交回至以下地址：

Children's Hospital Los Angeles

Patient Business Services

4650 Sunset Blvd, MS #26

Los Angeles, CA 90027