בקשה לקבלת טיפול בעלות מופחתת

חלק 1 - פרטי המשפחה/הערב	
מספר כולל במשפחה:	
מספר נתמכים מתחת לגיל 21:	
שם הערב:	
קשר למטופל:	
סטטוס אזרחות	

חלק 2 - הכנסה חודשית ברוטו	
אם:	
☐ מקום עבודה	$_____
☐ נכות	$_____
☐ אבטלה	$_____
☐ פנסיה	$_____
☐ ביטוח בריאות (Medi-cal)	$_____
☐ אחר:	$_____
אב	
☐ מקום עבודה	$_____
☐ נכות	$_____
☐ אבטלה	$_____
☐ פנסיה	$_____
☐ ביטוח בריאות (Medi-cal)	$_____
☐ אחר:	$_____
הכנסה כוללת:	$_____

חלק 3 - נכסים נזילים	
מס' חשבון עו"ש	$_____
שם בנק:	
סניף:	
מס' חשבון חיסכון:	$_____
שם בנק:	
סניף:	
אחר:	$_____
נא לציין	
סך נכסים נזילים:	$_____

חלק 4 - נכסים לא נזילים					
	תוצרת	שנה	גובה חוב	תשלום חודשי	ערך
מכונית 1					$_____
מכונית 2					$_____
אחר					$_____
סך הכול					
האם יש בבעלותך מקום מגורים או שאתה שוכר מגורים?			בבעלותי	שוכר	
האם יש בבעלותך נכסים נוספים?			כן	לא	
כתובת/מיקום:					
	ערך	גובה חוב		הון עצמי	
נכסים אחרים					
סך נכסים לא נזילים:					$_____

חלק 5 - הוצאות חודשיות		
	אם	אב
מזונות לאישה ו/או לילדים	$_____	$_____
עלויות מסגרות יום לילדים	$_____	$_____
תשלומי ביטוח בריאות	$_____	$_____
הוצאות עבודה (לכל היותר $75 לאדם)	$_____	$_____
סך הוצאות רפואיות/דנטליות	$_____	$_____
חשבונות חיובים/הלוואות/כרטיסי אשראי:	$_____	$_____
שם:	$_____	$_____
שם:	$_____	$_____
שם:	$_____	$_____
מגבלת מאסטרקארד	$_____	$_____
מגבלת ויזה:	$_____	$_____
הוצאות כוללות	$_____	$_____

מסמכים דרושים:
☐ החזר מס מהשנה שעברה או שווי תלושי שכר מ-3 החודשים האחרונים
☐ עותק דף חשבון {חודשיים}
☐ קבלה על תשלום שכירות או תשלום משכנתא {3 חודשים}
☐ אחר: (נא לציין)

מטרה: מידע זה נועד לקבוע אם יש לך יכולת לשלם עבור השירותים בבית החולים לילדים בלוס אנג'לס, או לקבוע אם אתה מתאים לתוכנית סיוע רפואי. מידע זה לא מהווה בקשת הצטרפות ל-Medi-cal, בקשה לקבלת שירותים במסגרת התוכנית California Children's Services, התוכנית County Medically Indigent Services או במסגרת תוכנית סיוע מחוזית אחרת כלשהי. עליך לפנות למחלקת שירותי הרווחה במחוז מגוריך כדי להגיש בקשה לתוכניות סיוע.

אני מצהיר כי המידע לעיל מדויק ומלא. מובן לי כי שמורה לבית החולים הזכות לוודא כי כל המידע נכון. אני מסכים להודיע למשרד השירותים העסקיים למטופלים (Patient Business Services) על כל שינוי שיחול בפרטיי הפיננסיים תוך 10 ימים ממועד השינוי.

מובן לי כי עודני אחראי למלוא הסכום שאחויב בו בבית החולים לילדים בלוס אנג'לס.

חתימת ההורה/האפוטרופוס _____ תאריך _____

עד/מתרגם _____ נציג בית החולים _____