

Cerere de îngrijire necompensată

SECȚIUNEA 1.- INFORMATII PRIVIND FAMILIA/GARANTUL		SECȚIUNEA IV.- ACTIVE NELICHIDE					
Numărul total de membri ai familiei:			Marcă	An	Suma datorată	Plata lunară	Valoarea
Nr. de persoane în întreținere sub 21 de ani:		Mașina 1					\$ _____
Numele garantului:		Mașina 2					\$ _____
Relația cu pacientul:		Altele					\$ _____
Statutul de cetățenie		Total					
		Sunteți proprietar sau închiriați locuința?			Proprietar	Închiriez	
SECȚIUNEA II.- VENITUL LUNAR BRUT		Dețineți alte proprietăți?			Da	Nu	
Mamă:		Adresă/Locație:					
<input type="checkbox"/> Angajare	\$ _____				Valoarea	Suma datorată	Capital propriu
<input type="checkbox"/> Dizabilitate	\$ _____						
<input type="checkbox"/> Șomaj	\$ _____						
<input type="checkbox"/> Pensie	\$ _____	Alte proprietăți					
<input type="checkbox"/> Medical	\$ _____	TOTAL ACTIVE NELICHIDE:					\$ _____
<input type="checkbox"/> Altele:	\$ _____						
Tată		SECȚIUNEA V.- CHELTUIELI LUNARE					
<input type="checkbox"/> Angajare	\$ _____		Mamă	Tată			
<input type="checkbox"/> Dizabilitate	\$ _____	Pensie alimentară și/sau alocație pentru copii	\$ _____	\$ _____			
<input type="checkbox"/> Șomaj	\$ _____	Costurile de îngrijire de zi pentru copii	\$ _____	\$ _____			
<input type="checkbox"/> Pensie	\$ _____	Primele de asigurare de sănătate	\$ _____	\$ _____			
<input type="checkbox"/> Medical	\$ _____	Cheltuieli de muncă (maxim 75 \$ de persoană)	\$ _____	\$ _____			
<input type="checkbox"/> Altele:	\$ _____	Total cheltuieli medicale/dentare	\$ _____	\$ _____			
VENIT TOTAL:	\$ _____	Conturi de debit/Credite/Carduri de credit:	\$ _____	\$ _____			
		Nume:	\$ _____	\$ _____			
		Nume:	\$ _____	\$ _____			
SECȚIUNEA III.- ACTIVE LICHIDE		Nume:	\$ _____	\$ _____			
Nr. cont curent	\$ _____	Limita MasterCard	\$ _____	\$ _____			
Numele băncii:		Limita Visa:	\$ _____	\$ _____			
Sucursală:		CHELTUIELI TOTALE	\$ _____	\$ _____			
Nr. cont de economii:	\$ _____						
Numele băncii:		DOCUMENTE NECESARE:					
Sucursală:		<input type="checkbox"/> Declarația fiscală de anul trecut sau fluturași de salariu pentru 3 luni					
Altele:	\$ _____	<input type="checkbox"/> Copie a extraselor de cont (2 luni)					
Specificați		<input type="checkbox"/> Chitanță de închiriere sau plată ipotecară (3 luni)					
TOTAL ACTIVE LICHIDE:	\$ _____	<input type="checkbox"/> Altele: (specificați)					

SCOP: scopul acestor informații este de a determina capacitatea dvs. de a plăti pentru servicii la Children's Hospital LA sau posibila eligibilitate pentru un program de asistență medicală. Aceste informații NU reprezintă o cerere pentru servicii medicale și Asistență socială pentru copii din California, Programul districtual de servicii medicale pentru indigeni sau orice alt program de asistență al districtului. **TREBUIE SĂ CONTACTAȚI DEPARTAMENTUL DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ DIN DISTRICTUL DVS. DE REȘEDINȚĂ PENTRU A DEPUNE O CERERE PENTRU PROGRAME DE ASISTENȚĂ.**

Certific că informațiile de mai sus sunt corecte și complete. Înțeleg că spitalul își rezervă dreptul de a verifica toate informațiile. Sunt de acord să notific Patient Business Services cu privire la orice modificare a informațiilor mele financiare în termen de 10 zile de la modificare.

ÎNȚELEG CĂ SUNT ÎN CONTINUARE RESPONSABIL(Ă) PENTRU SUMA TOTALĂ A CHELTUIELILOR MELE LA SPITALUL DE COPII LOS ANGELES.

Semnătura părintelui/tutorelui

Data

Martor/Traducător

Reprezentant spital