



帳号#

日期:

病人姓名:

接受服務日期:

總收費:

為了讓我們可以考慮對你的經濟援助，你必須填好，簽字及送回這份附上的”申請無償護理”表格。請包括這申請表內要求的所有文件及你的身份證和工卡副本。

我們需要見到:

- 過去三個月的銀行月結單
- 過去三個月的工資單副本
- 去年的報稅單副本
- 租單收據或每月的按揭付款證明
- 接受任何政府福利的副本

若你是失業人仕及沒有收入來源，請由那位供你免費住宿的人仕寫一封詳細的信給我們。（他們不會被要求為你付帳）

若你未能提供所需的資料及沒有詳細填好表格，你所申請的不付費護理將不會被評核。

若有任何關於申請的問題，請不用猶豫，致電(800) 404-6627 聯絡我們。週一至週五，從 8:00 AM 到5:00 PM, 我們都能協助你。

謹啓

商業事務所

請將填好表格及附件送回：

Children's Hospital Los Angeles –
Patient Business Office
4650 Sunset Blvd. MS #26
Los Angeles, CA 90027