



Número da conta:

Data:

Nome do paciente:

Data em que o serviço foi realizado:

Total de encargos brutos:

Para que possamos considerar sua conta para assistência financeira, você deve preencher, assinar e devolver o Pedido de assistência não compensada. Inclua todos os documentos conforme solicitado no pedido e inclua também uma cópia do seu documento de identificação e cartão de seguro social.

Precisaremos de:

- Extratos bancários dos últimos três meses
- Cópia dos holerites dos últimos três meses
- Cópia da declaração de imposto de renda do último ano
- Comprovante de pagamento do aluguel ou comprovante de pagamento mensal da hipoteca
- Cópia de todos os benefícios governamentais que estão sendo recebidos

Se você está desempregado e não tem nenhuma fonte de renda, envie-nos uma carta detalhada da pessoa que está lhe fornecendo hospedagem e alimentação gratuitos (ele[a] não será responsável por suas contas).

Seu Pedido de assistência não compensada não será avaliado se as informações solicitadas não forem fornecidas ou não forem completamente preenchidas.

Se você tiver alguma dúvida sobre este pedido, não hesite em contactar-nos em (800) 404-6627. Estamos à disposição para atender você de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h.

Atenciosamente,

Escritório Administrativo

Envie o pedido preenchido e os anexos para:

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