

การสมัครขอรับการดูแลที่ไม่ได้รับการชดเชย

ส่วนที่ 1.- ข้อมูลครอบครัว/ผู้รับประกัน		ส่วนที่ 4.- สินทรัพย์เสี่ยง				
จำนวนคนในครอบครัว:		ทำ	ปี	จำนวนเงินที่เป็นหนี้	การชำระเงินรายเดือน	มูลค่า
จำนวนผู้อยู่ในอุปการะ อายุต่ำกว่า 21 ปี:		รถ 1				\$ _____
ชื่อผู้รับประกัน:		รถ 2				\$ _____
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		อื่นๆ				\$ _____
สถานะการเป็นพลเมือง		รวม				
		คุณเป็นเจ้าของหรือผู้เช่าที่ทักอาศัย		เป็นเจ้าของ	เช่า	
ส่วนที่ 2.- รายได้รวมต่อเดือน		คุณเป็นเจ้าของทรัพย์สินอื่นหรือไม่		ใช่	ไม่ใช่	
มารดา:		ที่อยู่ตำแหน่งที่ตั้ง:				
<input type="checkbox"/> การจ้างงาน	\$ _____	ทรัพย์สินอื่น				
<input type="checkbox"/> ทูพลาภาพ	\$ _____					
<input type="checkbox"/> ว่างงาน	\$ _____					
<input type="checkbox"/> เกษียณ	\$ _____					
<input type="checkbox"/> Medi-cal	\$ _____					
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ:	\$ _____					
		สินทรัพย์เสี่ยงรวม:		\$ _____		
บิดา		ส่วน 5.- ค่าใช้จ่ายรายเดือน				
<input type="checkbox"/> การจ้างงาน	\$ _____		มารดา	บิดา		
<input type="checkbox"/> ทูพลาภาพ	\$ _____	ค่าอุปการะเลี้ยงดูและ/หรือค่าเลี้ยงดูบุตร	\$ _____	\$ _____		
<input type="checkbox"/> ว่างงาน	\$ _____	ค่าดูแลเด็กช่วงกลางวัน	\$ _____	\$ _____		
<input type="checkbox"/> เกษียณ	\$ _____	เบี้ยประกันสุขภาพ	\$ _____	\$ _____		
<input type="checkbox"/> Medi-cal	\$ _____	ค่าใช้จ่ายในการทำงาน (สูงสุด \$75 ต่อคน)	\$ _____	\$ _____		
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ:	\$ _____	ค่ารักษาพยาบาล/ทันตกรรมรวม	\$ _____	\$ _____		
รายได้รวม:	\$ _____	เรียกเก็บเงินจากบัญชี/เงินเชื่อ/บัตรเครดิต:	\$ _____	\$ _____		
		ชื่อ:	\$ _____	\$ _____		
		ชื่อ:	\$ _____	\$ _____		
ส่วนที่ 3.- สินทรัพย์สภาพคล่อง		ชื่อ:	\$ _____	\$ _____		
ตรวจสอบบัญชีเลขที่	\$ _____	วงเงิน MasterCard	\$ _____	\$ _____		
ชื่อธนาคาร:		วงเงิน Visa:	\$ _____	\$ _____		
สาขา:		ค่าใช้จ่ายรวม	\$ _____	\$ _____		
เลขที่บัญชีออมทรัพย์:	\$ _____					
ชื่อธนาคาร:		เอกสารที่จำเป็นต้องใช้				
สาขา:		<input type="checkbox"/> คินกามีปีที่แล้วหรือคืนข้างจ่าย 3 เดือน				
อื่น ๆ:	\$ _____	<input type="checkbox"/> สำเนาใบแจ้งยอดบัญชีธนาคาร (2 เดือน)				
ระบุ		<input type="checkbox"/> ใบเสร็จค่าเช่าหรือค่าจ้าง (3 เดือน)				
สินทรัพย์สภาพคล่องทั้งหมด:	\$ _____	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ: (ระบุ)				

จุดประสงค์: จุดประสงค์ของข้อมูลนี้คือเพื่อตรวจสอบความสามารถของคุณในการชำระค่าบริการที่ Children's Hospital LA หรือคุณสมบัตินี้เป็นไปไม่ได้ของคุณสำหรับโปรแกรมความช่วยเหลือทางการเงิน
 ข้อมูลนี้ไม่ใช่แอปพลิเคชันสำหรับ Medi-cal และ California Children's Services, County Medically Indigent Services Program หรือโปรแกรมความช่วยเหลืออื่น ๆ ของเทศมณฑล
 คุณต้องคิดค่าแถมค่าบริการสังคมในประเทศที่คุณอาศัยอยู่เพื่อสมัคร โปรแกรมความช่วยเหลือ
 ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นถูกต้องและครบถ้วน ข้าพเจ้าเข้าใจว่าโรงพยาบาลขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจสอบข้อมูลทั้งหมด ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งบริการธุรกิจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงใด ๆ
 ในข้อมูลทางการเงินของข้าพเจ้าภายใน 10 วันจากวันที่มีการเปลี่ยนแปลง

ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้าพเจ้ายังคงต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายของข้าพเจ้าเต็มจำนวนที่ CHILDRENS HOSPITAL LOS ANGELES

ลายมือชื่อของบิดามารดา/ผู้ปกครอง

วันที่

พยาน/ผู้แปล

ผู้แทนโรงพยาบาล