

계좌 번호:

날짜:

환자명:

진료일:

총 병원비:

귀하의 계좌에 대한 재정적인 지원을 받고자 하시면 동봉된 진료비 면제 신청서(Application for Uncompensated Care)를 작성하고 서명한 후 제출하셔야 합니다. 동봉된 신청서에 요구된 모든 서류 및 신분증과 소셜 시큐리티 카드 사본을 함께 제출하십시오.

구비 서류:

- 최근 3개월간의 은행 거래 내역서
- 최근 3개월간의 급여 명세서 사본
- 지난해 세금 보고서 사본
- 렌트비 영수증 혹은 매월 모기지 지불 증명 서류
- 정부 보조를 받는 것을 증명할 수 있는 서류 사본

실직 상태로 수입이 없는 경우에는 귀하에게 무료로 숙식을 제공해주는 분이 작성하신 상세한 내용을 담은 편지를 보내주십시오. (그분들에게는 청구서에 대한 책임이 없습니다).

요청한 정보를 제공하지 않으시거나 미비한 경우에는 귀하의 진료비 면제 신청서(Application for Uncompensated Care)를 검토할 수 없습니다.

이 신청서와 관련하여 질문이 있으시면 언제든지 (800) 404-6627 로 연락 주십시오. 월요일-금요일, 오전 8시부터 오후 5시 사이에 여러분에게 도움을 드릴 수 있습니다.

비즈니스 오피스(Business Office) 드림

작성하신 신청서와 구비 서류를 아래 담당자에게 제출해 주십시오:

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