CITY OF LONG BEACH

El Departamento de Gestión Financiera
Kawanihan ng mga Komersiyal na Serbisyo
411 West Ocean Boulevard, Lobby, Long Beach, CA 90802
(562) 570-7600 • Fax: (562) 570-6783 • AmbulanceBilling@LongBeach.gov

Waiver Form para sa Deklarasyon ng Kahirapan

Pakisagutan ang form na ito nang ipinahahayag ang lahat ng dahilan kung bakit hindi ninyo mababayaran ang mga fee na utang ninyo sa Lungsod ng Long Beach. Magbigay ng maraming detalye hangga't maaari na nagpapaliwanag kung bakit hindi ninyo mababayaran ang halaga ng utang, gaya ng pagkawala ng trabaho, kondisyong medikal, o mga katulad na sitwasyon. Pakisaad ang halagang mababayaran ninyo, kung mayroon man. Lagdaan at lagyan ng petsa ang deklarasyong ito sa nakalaang espasyo sa ibaba.

Ibalik ang form na ito kasama ng isang kopya ng inyong huling IRS W2 form at inyong pinakabagong bank statement sa aming tanggapan. Pakibura ang inyong social security at/o bank account number mula sa anumang isusumiteng dokumento. Ang pagbura sa inyong social security at/o bank account number ay hindi negatibong makaaapekto sa aming pagsasaalang-alang sa inyong hiling.

Pakipadala sa koreo ang deklarasyong ito sa City of Long Beach, Attn: Ambulance Billing, P.O. Box 22600, Long Beach, CA 90801, sa pamamagitan ng fax (562) 570-6783, o sa pamamagitan ng email sa AmbulanceBilling@LongBeach.gov.

Ako, si _____, ay Nagdedeklarang:
Pangalan ng Pasyente

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
(Maaari ninyong ipagpatuloy ang deklarasyon sa hiwalay na dokumento kung kailangan)

Idinedeklara ko sa ilalim ng parusa ng pagsisinungaling sa ilalim ng mga batas ng Estado ng California na ang mga nabanggit ay totoo at tama, at isinagawa ang deklarasyong ito noong_____sa,_____California.
Petsa Lungsod

_____
Lagda ng Pasyente, Guarantor, Magulang, o Tagapangalaga

Run Number (Makikita sa bill, sa ilalim ng pangalan ng pasyente):_____