



التقييم المالي

معلومات عامة

حساب رقم _____ يُرجى التأشير على المنشأة

- مركز Clovis الطبي المجتمعي (CCMC)
 المركز الطبي الإقليمي المجتمعي (CRMC)
 مركز Fresno للقلب والجراحة (FHSH)

اسم المريض _____ اسم الضامن _____

اسم الزوج _____

عنوان المنزل _____ المدفوعات الشهرية _____

إيجار

شراء

الضامن

تاريخ الميلاد _____ رقم رخصة القيادة _____ رقم الضمان الاجتماعي _____ - _____ - _____

صاحب العمل _____ القطاع/الوظيفة _____

الراتب الإجمالي _____ نفقة الأطفال _____ الضمان الاجتماعي _____

المعاش _____ الرعاية الاجتماعية _____ البطالة _____

الإعاقة _____ نفقة الزوجة المطلقة _____ الفائدة/الأرباح _____

الإيجارات المستلمة _____ أخرى _____

الزوج/الزوجة:

تاريخ الميلاد _____ رقم رخصة القيادة _____ رقم الضمان الاجتماعي _____ - _____
صاحب العمل _____ القطاع/الوظيفة _____
الراتب الإجمالي _____ نفقة الأطفال _____ الضمان الاجتماعي _____
المعاش _____ الرعاية الاجتماعية _____ البطالة _____
الإعاقة _____ نفقة الزوجة المطلقة _____ الفائدة/الأرباح _____
الإيجارات المستلمة _____ أخرى _____

أين يوجد المصرف الذي تتعامل معه؟ _____ الفرع، المدينة _____

حساب جاري

حساب الادخار

الدخل الإجمالي المبلغ عنه إلى مصلحة الضرائب العام الماضي _____

عدد المعيلين تحت 18 عاماً الذين يعيشون معك _____

هل تقدم الدعم لأي شخص أكبر من 18 عاماً؟ لا نعم (يُرجى التوضيح)

أقر بموجب هذا بأن البيانات الواردة ضمن هذه الوثيقة دقيقة وصحيحة وأنا أفهم أن المراكز الطبية المجتمعية لها الحق في التحقق منها.

توقيع الضامن _____ التاريخ _____