



財務狀況評估

一般資訊

賬號 # _____ 請在醫療機構上打勾

- Clovis Community Medical Center (CCMC)
- Community Regional Medical Center (CRMC)
- Fresno Heart & Surgical Center (FHSB)

病人姓名 _____ 擔保人姓名 _____

配偶姓名 _____

家庭地址 _____ 每月付款 _____

_____ 租借

_____ 購買

擔保人

出生日期 _____ 駕駛執照號碼 # _____ 社安號碼 # _____ - _____ - _____

僱主 _____ 部門/職務 _____

薪資總額 _____ 子女撫養費 _____ 社安金 _____

退休金 _____ 福利 _____ 失業金 _____

殘疾金 _____ 瞻養費 _____ 利息/紅利 _____

收到的租金 _____ 其它 _____

配偶

出生日期 _____ 駕駛執照號碼 # _____ 社安號碼 # _____ - _____ - _____

僱主 _____ 部門/職務 _____

薪資總額 _____ 子女撫養費 _____ 社安金 _____

退休金 _____ 福利 _____ 失業金 _____

殘疾金 _____ 瞻養費 _____ 利息/紅利 _____

收到的租金 _____ 其它 _____

您在何處存款取款? _____ 銀行分行, 城市 _____

支票帳戶

儲蓄帳戶

去年向稅務局報稅時的總收入 _____

與您在一起的未滿 18 歲的被撫養者人數 _____

您有撫養超過 18 歲的人嗎? 沒有 有 (請說明)

本人確認這份表格上的所有陳述都正確無誤；同時本人理解社區醫療中心保留核實上述資訊的權利。

擔保人簽名 _____ 日期 _____