



## VALUTAZIONE FINANZIARIA

### Informazioni generali

Conto n. \_\_\_\_\_ Spuntare la struttura

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

Nome del paziente \_\_\_\_\_ Nome del garante \_\_\_\_\_

Nome del coniuge \_\_\_\_\_

Indirizzo di casa \_\_\_\_\_ Rata mensile \_\_\_\_\_

- Affitto
- Acquisto

### Garante

Data di nascita \_\_\_\_\_ Patente auto n. \_\_\_\_\_ Previdenza sociale n. \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Datore di lavoro \_\_\_\_\_ Reparto/Qualifica \_\_\_\_\_

Stipendio lordo \_\_\_\_\_ Figli a carico \_\_\_\_\_ Previdenza sociale \_\_\_\_\_

Pensione \_\_\_\_\_ Previdenza \_\_\_\_\_ Disoccupazione \_\_\_\_\_

Disabilità \_\_\_\_\_ Alimenti \_\_\_\_\_ Interessi/dividenti \_\_\_\_\_

Affitti riscossi \_\_\_\_\_ Altro \_\_\_\_\_

## **Coniuge**

Data di nascita \_\_\_\_\_ Patente auto n. \_\_\_\_\_ Previdenza sociale n. \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Datore di lavoro \_\_\_\_\_ Reparto/Qualifica \_\_\_\_\_

Stipendio lordo \_\_\_\_\_ Figli a carico \_\_\_\_\_ Previdenza sociale \_\_\_\_\_

Pensione \_\_\_\_\_ Previdenza \_\_\_\_\_ Disoccupazione \_\_\_\_\_

Disabilità \_\_\_\_\_ Alimenti \_\_\_\_\_ Interessi/dividenti \_\_\_\_\_

Affitti riscossi \_\_\_\_\_ Altro \_\_\_\_\_

---

Titolare di conto presso la banca: \_\_\_\_\_ Filiale, Città \_\_\_\_\_

Conto corrente

Conto di risparmio

Reddito lordo dichiarato all'IRS l'anno scorso \_\_\_\_\_

Numero di minori a carico residenti con lei \_\_\_\_\_

Lei fornisce supporto economico ad altre persone di età superiore a 18 anni?  No  Sì (spiegare)

---

---

IL SOTTOSCRITTO CERTIFICA CHE OGNI DICHIARAZIONE FATTA IN QUESTO MODULO È VERITIERA E CORRETTA ED È CONSAPEVOLE DEL FATTO CHE COMMUNITY MEDICAL CENTERS SI RISERVA IL DIRITTO DI VERIFICARE QUANTO AFFERMATO.

Firma del garante \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_