



ФИНАНСОВАЯ ОЦЕНКА

Общая информация

Счет № _____ Отметьте учреждение

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

Имя пациента _____ Имя поручителя _____

Имя супруга (супруги) _____

Домашний адрес _____

Ежемесячный платеж _____

Аренда

Покупка

Поручитель

Дата рождения _____ Водительские права № _____

№ социального обеспечения _____ - _____ - _____

Работодатель _____ Отдел/должность _____

Зарплата до вычетов _____ Алименты на ребенка _____ Социальное обеспечение _____

Пенсия _____ Социальное пособие _____ Пособие по безработице _____

Инвалидность _____ Алименты _____ Проценты/дивиденды _____

Полученная арендная плата _____ Другое _____

Супруг (супруга)

Дата рождения _____ Водительские права № _____

№ социального обеспечения _____ - _____ - _____

Работодатель _____ Отдел/должность _____

Зарплата до вычетов _____ Алименты на ребенка _____ Социальное обеспечение _____

Пенсия _____ Социальное пособие _____ Пособие по безработице _____

Инвалидность _____ Алименты _____ Проценты/дивиденды _____

Полученная арендная плата _____ Другое _____

Название вашего банка _____ Филиал, город _____

Текущий счет

Сберегательный счет

Совокупный доход за прошлый год, указанный в отчетности для налогового управления (IRS)

Число проживающих с вами иждивенцев в возрасте до 18 лет _____

Оказываете ли вы финансовую поддержку лицам старше 18 лет? Нет Да (поясните)

НАСТОЯЩИМ ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ВСЕ СВЕДЕНИЯ, УКАЗАННЫЕ В НАСТОЯЩЕМ ЗАЯВЛЕНИИ, ПОДЛИННЫ И ВЕРНЫ, И МНЕ ИЗВЕСТНО, ЧТО СЕТЬ МЕДИЦИНСКИХ ЦЕНТРОВ COMMUNITY MEDICAL CENTERS ОСТАВЛЯЕТ ЗА СОБОЙ ПРАВО ПРОВЕРИТЬ ПРИВЕДЕННЫЕ ВЫШЕ СВЕДЕНИЯ.

Подпись поручителя _____ Дата _____