



ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ

Ընդհանուր տեղեկություններ

Հաշվի # _____ Խնդրում ենք նշել հաստատությունը

- Clovis համայնքային բժշկական կենտրոն (CCMC)
- Համայնքային տարածքային բժշկական կենտրոն (CRMC)
- Ֆրեզնոյի սրտաբանական վիրաբուժության կենտրոն (FSSH)

Հիվանդի անուն _____ Երաշխավորի անուն _____

Ամուսնու անուն _____

Տան հասցե _____ Ամսական վճարում _____

_____ Վարձակալություն

_____ Գնում

Երաշխավոր

Ծննդյան թիվ _____ Վարորդական իրավունքի # _____

Սոցիալական ապահովության # _____ - _____ - _____

Գործատու _____ Բաժին/Պաշտոն _____

Համախառն աշխատավարձ _____ Երեխայի նպաստ _____ Սոցապահովում _____

Թոշակ _____ Բարեկեցության նպաստ _____ Գործազրկության նպաստ _____

Հաշմանդամության նպաստ _____ Ալիմենտներ _____ Տոկոսներ/Շահութաբաժին _____

Ստացված վարձակալությունից _____ Այլ _____

Ամուսին

Ծննդյան թիվ _____ Վարորդական իրավունքի # _____

Սոցիալական ապահովության # _____ - _____ - _____

Գործատու _____ Բաժին/Պաշտոն _____

Համախառն աշխատավարձ _____ Երեխայի նպաստ _____ Սոցապահովում _____

Թոշակ _____ Բարեկեցության նպաստ _____ Գործազրկության նպաստ _____

Հաշմանդամության նպաստ _____ Ալիմենտներ _____ Տոկոսներ/Շահութաբաժին _____

Ստացված վարձակալությունից _____ Այլ _____

Ո՞ր բանկից էք օգտվում _____ Մասնաճյուղ, քաղաք _____

Չեկերի հաշիվ

Խնայողության հաշիվ

Անցյալ տարվա ընթացքում հարկային տեսչություն ներկայացված համախառն եկամուտ _____

Ձեզ հետ բնակվող 18 տարեկանից փոքր կախյալ անձանց թիվ _____

Աջակցո՞ւմ էք 18 տարեկանից մեծ որևէ մեկին Ոչ Այո (Խնդրում ենք բացատրել)

ՍՈՒՅՆՈՎ ՀԱՎԱՍՏՈՒՄ ԵՄ, ՈՐ ԱՅՍ ՁԵՎԱԹՂԹՈՒՄ ԱՐՎԱԾ ԲՈԼՈՐ ՀԱՅՏԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՃՇՄԱՐԻՏ ԵՆ ԵՎ ՃԻՇՏ, ԵՎ ՀԱՄԿԱՆՈՒՄ ԵՄ, ՈՐ ՀԱՄԱՅՆՔԱՅԻՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԿԵՆՏՐՈՆՆԵՐԻՆ ՎԵՐԱՊԱՀՎՈՒՄ Է ՎԵՐՈՇԻՇՅԱԼԸ ՍՏՈՒԳԵԼՈՒ ԻՐԱՎՈՒՆՔ:

Երաշխավորի ստորագրություն _____ Ամսաթիվ _____