



ارزیابی مالی

اطلاعات کلی

حساب # _____ لطفا مرکز را بررسی کنید

- Clovis Community Medical Center (مرکز پزشکی جامعه Clovis) (CCMC)
- Community Regional Medical Center (مرکز پزشکی منطقه‌ای جامعه) (CRMC)
- Fresno Heart & Surgical Center (مرکز قلب و جراحی Fresno) (FHS)

نام بیمار _____ نام ضامن _____
نام همسر _____
نشانی منزل _____ پرداخت ماهانه _____
 اجاره _____
 خرید _____

ضامن

تاریخ تولد _____ شماره گواهینامه رانندگی _____ شماره تامین اجتماعی _____ - -
کار فرما _____ اداره/ سیمت _____
حقوق ناخالص _____ کمک هزینه کودک _____ تامین اجتماعی _____
حقوق بازنشستگی _____ رفاه (ولفر) _____ بیکاری _____
از کار افتادگی _____ نفقه _____ بهره/ سود سهام _____
کرایه های دریافتی _____ سایر _____

همسر

تاریخ تولد _____ شماره گواهینامه رانندگی _____ شماره تامین اجتماعی _____ - _____ - _____
کارفرما _____ اداره/ سیمت _____
حقوق ناخالص _____ کمک هزینه کودک _____ تامین اجتماعی _____
حقوق بازنشستگی _____ رفاه (ولفر) _____ بیکاری _____
از کار افتادگی _____ نفقه _____ بهره/ سود سهام _____
کرایه های دریافتی _____ سایر _____

در کدام بانک حساب دارید؟ _____ شعبه، شهر _____

حساب جاری

حساب پس انداز

درآمد ناخالصی که سال گذشته به IRS گزارش شده است _____

تعداد افراد تحت تکفل زیر 18 سال که با شما زندگی می کنند _____

آیا شما از کسی بالای 18 سال حمایت می کنید؟ خیر بلی (لطفا توضیح دهید)

بدینوسیله اعلام می دارم که تمامی اظهارات ارائه شده در این فرم صحیح و بر مبنای حقیقت هستند و آگاه هستم که حق استعلام و تایید موارد فوق برای مراکز پزشکی جامعه محفوظ است.

امضاء ضامن _____ تاریخ _____