



ÉVALUATION FINANCIÈRE

Renseignements généraux

Compte n° _____ Veuillez cocher l'établissement

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

Nom du patient _____ Nom du garant _____

Nom du conjoint _____

Adresse domiciliaire _____ Paiement mensuel _____

- Locataire
- Propriétaire

Garant

Date de naissance _____ N° de permis de conduire _____ N° de sécurité sociale ____-____-____

Employeur _____ Service/Poste _____

Salaire brut _____ Pension alimentaire pour enfants _____ Sécurité sociale _____

Pension _____ Aide sociale _____ Chômage _____

Invalidité _____ Pension alimentaire _____ Intérêts/Dividendes _____

Loyers reçus _____ Autre _____

Conjoint

Date de naissance _____ N° de permis de conduire _____ N° de sécurité sociale ____ - ____ - ____

Employeur _____ Service/Poste _____

Salaire brut _____ Pension alimentaire pour enfants _____ Sécurité sociale _____

Pension _____ Aide sociale _____ Chômage _____

Invalidité _____ Pension alimentaire _____ Intérêts/Dividendes _____

Loyers reçus _____ Autre _____

Quelle est votre institution bancaire ? _____ Bureau, ville _____

Compte chèques

Compte d'épargne

Revenu brut déclaré à l'IRS l'an passé _____

Nombre de personnes à charge de moins de 18 ans vivant sous votre toit _____

Avez-vous à votre charge des personnes de plus de 18 ans ? Non Oui (veuillez expliquer pourquoi)

PAR LA PRÉSENTE, J'ATTESTE QUE TOUS LES RENSEIGNEMENTS INDIQUÉS AU PRÉSENT FORMULAIRE SONT EXACTS ET VÉRIDIQUES ET JE COMPRENDS QUE LES COMMUNITY MEDICAL CENTERS SE RÉSERVENT LE DROIT DE VÉRIFIER CE QUI PRÉCÈDE.

Signature du garant _____ Date _____