



## FINANZIELLE BEURTEILUNG

### Allgemeine Informationen

Konto-Nr. \_\_\_\_\_ Bitte bei Einrichtung nachfragen

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

Name des Patienten \_\_\_\_\_ Name des Garants \_\_\_\_\_

Name des Ehepartners \_\_\_\_\_

Wohnanschrift \_\_\_\_\_ Monatliche Zahlung \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  Miete

\_\_\_\_\_  Hypothek

### Garant

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Führerschein-Nr. \_\_\_\_\_ Sozialvers.-Nr. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_ Abteilung/Position \_\_\_\_\_

Bruttogehalt \_\_\_\_\_ Kindesunterhalt \_\_\_\_\_ Sozialversicherung \_\_\_\_\_

Rente \_\_\_\_\_ Sozialhilfe \_\_\_\_\_ Arbeitslosengeld \_\_\_\_\_

Berufsunfähigkeitsrente \_\_\_\_\_ Ehegattenunterhalt \_\_\_\_\_ Zinsen/Dividenden \_\_\_\_\_

Mieteinnahmen \_\_\_\_\_ Sonstiges \_\_\_\_\_

**Ehepartner**

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Führerschein-Nr. \_\_\_\_\_ Sozialvers.-Nr. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_ Abteilung/Position \_\_\_\_\_

Bruttogehalt \_\_\_\_\_ Kindesunterhalt \_\_\_\_\_ Sozialversicherung \_\_\_\_\_

Rente \_\_\_\_\_ Sozialhilfe \_\_\_\_\_ Arbeitslosengeld \_\_\_\_\_

Berufsunfähigkeitsrente \_\_\_\_\_ Ehegattenunterhalt \_\_\_\_\_ Zinsen/Dividenden \_\_\_\_\_

Mieteinnahmen \_\_\_\_\_ Sonstiges \_\_\_\_\_

---

Welche Bank benutzen Sie? \_\_\_\_\_ Zweigstelle, Ort \_\_\_\_\_

Girokonto

Sparkonto

Bruttoeinkommen, das im letzten Jahr der US-Steuerbehörde gemeldet wurde \_\_\_\_\_

Anzahl der Angehörigen unter 18 Jahren, die bei Ihnen wohnen \_\_\_\_\_

Unterstützen Sie irgendwelche Personen über 18 Jahren?  Nein  Ja (Bitte nähere Angaben)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ICH BESTÄTIGE HIERMIT, DASS ALLE AUF DIESEM FORMULAR GEMachten ANGABEN RICHTIG SIND UND DER WAHRHEIT ENTSPRECHEN, UND ICH BIN MIR DARÜBER IM KLAREN, DASS COMMUNITY MEDICAL CENTERS SICH DAS RECHT VORBEHÄLT, OBIGE ANGABEN ZU ÜBERPRÜFEN.

Unterschrift des Garants \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_