



वित्तीय मूल्यांकन

सामान्य जानकारी

खाता # _____ सुविधा की जांच करें

- क्लोविस कम्यूनिटी मेडिकल सेंटर (CCMC)
- कम्यूनिटी रिज़नल मेडिकल सेंटर (CRMC)
- फ्रेसनो हार्ट एंड सर्जिकल सेंटर (FHSB)

रोगी का नाम _____ गारंटीकर्ता का नाम _____

पत्नी/पति का नाम _____

घर का पता _____ मासिक भुगतान _____

_____ किराए पर लेना

_____ खरीदना

गारंटीकर्ता

जन्म तिथि _____ ड्राइवर लाइसेंस # _____ सामाजिक सुरक्षा # _____ - _____ - _____

नियोक्ता _____ विभाग/पद _____

सकल वेतन _____ बाल सहायता _____ सामाजिक सुरक्षा _____

पेंशन _____ कल्याण _____ बेरोजगार _____

विकलांगता _____ निर्वाह व्यय _____ ब्याज/लाभांश _____

प्राप्त किराये _____ अन्य _____

पत्नी/पति

जन्म तिथि _____ ड्राइवर लाइसेंस # _____ सामाजिक सुरक्षा # _____ - _____ - _____

नियोक्ता _____ विभाग/पद _____

सकल वेतन _____ बाल सहायता _____ सामाजिक सुरक्षा _____

पेंशन _____ कल्याण _____ बेरोजगार _____

विकलांगता _____ निर्वाह व्यय _____ ब्याज/लाभांश _____

प्राप्त किराये _____ अन्य _____

आप धन कहां जमा करते हैं? _____ शाखा, शहर _____

चेक देना

बचत

पिछले साल IRS द्वारा रिपोर्ट किए अनुसार सकल आय _____

आपके साथ रहने वाले 18 साल से कम उम्र के आश्रितों की संख्या _____

क्या आप 18 साल से ज्यादा उम्र के किसी व्यक्ति को सहायता प्रदान करते हैं? नहीं हां (बताएं)

मैं एतद्वारा प्रमाणित करता/करती हूँ कि इस फॉर्म में दिए गए सभी बयान सत्य एवं सही हैं और मैं जानता/जानती हूँ कि कम्प्यूनिटी मेडिकल सेंटर के पास उपरोक्त की जांच करने का अधिकार सुरक्षित है।

गारंटीकर्ता के हस्ताक्षर _____ दिनांक _____