



## ФИНАНСОВАЯ ОЦЕНКА

### Общая информация

Счет № \_\_\_\_\_ Отметьте учреждение

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

Имя пациента \_\_\_\_\_ Имя поручителя \_\_\_\_\_

Имя супруга (супруги) \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_

Ежемесячный платеж \_\_\_\_\_

Аренда

Покупка

### Поручитель

Дата рождения \_\_\_\_\_ Водительские права № \_\_\_\_\_

№ социального обеспечения \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Работодатель \_\_\_\_\_ Отдел/должность \_\_\_\_\_

Зарплата до вычетов \_\_\_\_\_ Алименты на ребенка \_\_\_\_\_ Социальное обеспечение \_\_\_\_\_

Пенсия \_\_\_\_\_ Социальное пособие \_\_\_\_\_ Пособие по безработице \_\_\_\_\_

Инвалидность \_\_\_\_\_ Алименты \_\_\_\_\_ Проценты/дивиденды \_\_\_\_\_

Полученная арендная плата \_\_\_\_\_ Другое \_\_\_\_\_

**Супруг (супруга)**

Дата рождения \_\_\_\_\_ Водительские права № \_\_\_\_\_

№ социального обеспечения \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Работодатель \_\_\_\_\_ Отдел/должность \_\_\_\_\_

Зарплата до вычетов \_\_\_\_\_ Алименты на ребенка \_\_\_\_\_ Социальное обеспечение \_\_\_\_\_

Пенсия \_\_\_\_\_ Социальное пособие \_\_\_\_\_ Пособие по безработице \_\_\_\_\_

Инвалидность \_\_\_\_\_ Алименты \_\_\_\_\_ Проценты/дивиденды \_\_\_\_\_

Полученная арендная плата \_\_\_\_\_ Другое \_\_\_\_\_

---

Название вашего банка \_\_\_\_\_ Филиал, город \_\_\_\_\_

Текущий счет

Сберегательный счет

Совокупный доход за прошлый год, указанный в отчетности для налогового управления (IRS)

\_\_\_\_\_

Число проживающих с вами иждивенцев в возрасте до 18 лет \_\_\_\_\_

Оказываете ли вы финансовую поддержку лицам старше 18 лет?  Нет  Да (поясните)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

НАСТОЯЩИМ ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ВСЕ СВЕДЕНИЯ, УКАЗАННЫЕ В НАСТОЯЩЕМ ЗАЯВЛЕНИИ, ПОДЛИННЫ И ВЕРНЫ, И МНЕ ИЗВЕСТНО, ЧТО СЕТЬ МЕДИЦИНСКИХ ЦЕНТРОВ COMMUNITY MEDICAL CENTERS ОСТАВЛЯЕТ ЗА СОБОЙ ПРАВО ПРОВЕРИТЬ ПРИВЕДЕННЫЕ ВЫШЕ СВЕДЕНИЯ.

Подпись поручителя \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_