



การประเมินสถานะทางการเงิน

ข้อมูลทั่วไป

บัญชีเลขที่ _____ โปรดเลือกสถานพยาบาล

- โคลวิส คอมมูนิตี เมดิคัล เซ็นเตอร์ (Clovis Community Medical Center หรือ CCMC)
- คอมมูนิตี รีเจียนัล เมดิคัล เซ็นเตอร์ (Community Regional Medical Center หรือ CRMC)
- เฟรสโน ฮาร์ท แอนด์ เซอร์จิคัล เซ็นเตอร์ (Fresno Heart & Surgical Center หรือ FSHS)

ชื่อผู้ป่วย _____ ชื่อผู้รับประกัน _____

ชื่อคู่สมรส _____

ที่อยู่ที่บ้าน _____ ค่าเช่า/ผ่อนบ้าน _____

_____ บ้านเช่า

_____ บ้านซื้อ

ผู้รับประกัน

วันเดือนปีเกิด _____ เลขที่ใบขับขี่ _____ เลขที่บัตรประกันสังคม _____ - _____ - _____

นายจ้าง _____ แผนก/ตำแหน่ง _____

รายได้รวม _____ ค่าอุปการะบุตร _____ เงินประกันสังคม _____

เงินบำนาญ _____ ค่าสวัสดิการ _____ เงินชดเชยว่างงาน _____

เงินได้ทศพลภาพ _____ ค่าเลี้ยงดูหลังการหย่า _____ ดอกเบี้ย/เงินปันผล _____

ค่าเช่าบ้านที่ได้รับ _____ อื่น ๆ _____

คําสมรส

วันเดือนปีเกิด _____ เลขที่ใบขับขี่ _____ เลขที่บัตรประกันสังคม _____ - _____ - _____

นายจ้าง _____ แผนก/ตำแหน่ง _____

รายได้รวม _____ ค่าอุปการะบุตร _____ เงินประกันสังคม _____

เงินบำนาญ _____ ค่าสวัสดิการ _____ เงินชดเชยว่างงาน _____

เงินได้ทูลพลภาพ _____ ค่าเลี้ยงดูหลังการหย่า _____ ดอกเบี้ย/เงินปันผล _____

ค่าเช่าบ้านที่ได้รับ _____ อื่น ๆ _____

คุณฝากเงินที่ธนาคารอะไร _____ สาขา เมือง _____

บัญชีกระแสรายวัน

บัญชีออมทรัพย์

รายได้รวมตามที่รายงานต่อกรมสรรพากรเมื่อปีที่แล้ว _____

จำนวนผู้ที่อยู่ในอุปการะที่อายุน้อยกว่า 18 ปีที่อยู่อาศัยกับคุณ _____

คุณเลี้ยงดูบุคคลที่อายุมากกว่า 18 ปีหรือไม่ ไม่ ใช่ (โปรดอธิบาย)

ข้าพเจ้ารับรองว่า ข้อความทั้งหมดที่กรอกในแบบฟอร์มนี้เป็นความจริงและถูกต้อง และข้าพเจ้าเข้าใจว่า คอมมูนิตี้ เมดิคัล เซ็นเตอร์ สงวนสิทธิ์ในการตรวจสอบข้อมูลข้างต้น

ลายมือชื่อผู้รับประกัน _____ วันที่ _____