



## I. Семейный доход

Укажите сумму вашего ежемесячного дохода из всех источников. Вам может потребоваться предоставить доказательства источников доходов, активов и расходов. Если у вас нет дохода, просьба представить письмо от опекуна, предоставляющего вам жилье и питание.

	Ежемесячная сумма
Занятость	_____
Пенсионные выплаты	_____
Пособие по социальному обеспечению	_____
Государственная помощь	_____
Пособие по инвалидности	_____
Пособие по безработице	_____
Пособие для ветеранов	_____
Алименты	_____
Доход от аренды недвижимости	_____
Забастовочные выплаты	_____
Военная разверстка	_____
Хозяйственная или предпринимательская занятость	_____
Прочие поступления	_____
<b>Всего</b>	_____

## II. Ликвидные активы

	Текущий баланс
Расчетный счет	_____
Сберегательный счет	_____
Акции, облигации, CD, или рыночные счета	_____
Прочие счета	_____
<b>Всего</b>	_____

## III. Прочие активы

Если у вас имеются какие-либо из следующих пунктов, пожалуйста, укажите тип и примерную стоимость.

Дом	Остаток займа _____	Примерная стоимость _____
Автомобиль	Марка _____ Год выпуска _____	Примерная стоимость _____
Дополнительное транспортное средство	Марка _____ Год выпуска _____	Примерная стоимость _____
Дополнительное транспортное средство	Марка _____ Год выпуска _____	Примерная стоимость _____
Иное имущество		Примерная стоимость _____
<b>Всего</b>		_____

## IV. Месячные расходы

	Сумма
Аренда или ипотечный кредит	_____
Коммунальные услуги	_____
Выплата за автомобиль	_____
Кредитная карта	_____
Страхование автомобиля	_____
Медицинская страховка	_____
Другие медицинские расходы	_____
Другие расходы	_____
<b>Всего</b>	_____

Есть ли у вас другие неоплаченные медицинские счета? Да Нет  
За какие услуги? \_\_\_\_\_  
Если ли у вас график платежей, каков ежемесячный платеж? \_\_\_\_\_

В случае запроса в госпитале о дополнительной финансовой поддержке, госпиталь может запросить дополнительную информацию для определения дополнительной поддержки. Подписывая эту форму, вы подтверждаете, что предоставленная вами информация верна, и в случае каких либо изменений, вы обязуетесь, в течение десяти дней, уведомить больницу о вступивших в силу изменениях.

\_\_\_\_\_  
Подпись заявителя

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Родство с пациентом