

Ф.И.О.:		Номер счета:	
Адрес:			
Город:	Штат:	Почтовый индекс:	
Телефон:		Номер социального страхования (последние 4 цифры):	

ИНФОРМАЦИЯ О ДОМОХОЗЯЙСТВЕ. Перечислите всех членов семьи, включая пациента, супруга(у) и любых биологических/юридически усыновленных детей младше 18 лет.

Имя и фамилия	Кем приходится пациенту	Возраст/дата рождения	Общий валовой доход за 3 месяца до даты оказания услуги	Общий валовой доход за 12 месяцев до даты оказания услуги
	Это я			

Если у вас нет дохода, какую поддержку вы получаете?

Была ли у вас медицинская страховка на дату оказания услуги? ☐ Нет ☐ Да (Приложите к заявлению копию страхового полиса.)

Есть ли у кого-нибудь из членов вашей семьи расчетный или сберегательный счет? ☐ Нет ☐ Да (Сумма: _____)

Есть ли у кого-нибудь из членов вашей семьи другие активы? ☐ Нет ☐ Да (Тип/сумма: _____)

В отношении указанных выше **доходов/активов** необходимо предоставить следующую информацию по каждому члену семьи:

- ☐ Документы, подтверждающие трудоустройство: расчетные листы, показывающие валовой доход за 3 или 12 месяцев до даты оказания услуг.
- ☐ Для самозанятых: заполненные налоговые декларации за последний период, включая Приложение С.
- ☐ Для получающих социальные пособия, пенсии, выплаты по инвалидности: последнее извещение о выплате пособия.
- ☐ Для остальных: подтверждения наличия других источников дохода (пособие по безработице, дивиденды, проценты, доход от аренды и т. д.).
- ☐ Для владельцев расчетных/сберегательных счетов: выписка за 30 дней по каждому счету.

Подписывая этот документ:

я подтверждаю, что все ответы в данной анкете являются правдивыми. Если последующая проверка выявит, что предоставленная информация была мошеннической, решение о предоставлении финансовой помощи может быть отменено, и ответственному лицу будет выставлен счет. Я понимаю, что предоставленная мной информация подлежит проверке и рассмотрению федеральными органами и/или органами штата, а также другими соответствующими инстанциями.

Подпись пациента: _____ **Дата:** _____

Подпись уполномоченного представителя: _____ **Дата:** _____