

Есть ли у члена семьи:	Обведите «Да» или «Нет»	Сумма	Член семьи
ТЕКУЩИЕ БАНКОВСКИЕ СЧЕТА	Да / Нет	\$	
	Да / Нет	\$	
	Да / Нет	\$	
СБЕРЕГАТЕЛЬНЫЕ СЧЕТА	Да / Нет	\$	
	Да / Нет	\$	
	Да / Нет	\$	
ДЕПОЗИТНЫЙ СЕРТИФИКАТ	Да / Нет	\$	
ФОНДЫ ДЕНЕЖНОГО РЫНКА	Да / Нет	\$	
АКЦИИ / ОБЛИГАЦИИ / КАЗНАЧЕЙСКИЕ ВЕКСЕЛЯ	Да / Нет	\$	
ДОВЕРИТЕЛЬНЫЕ СЧЕТА	Да / Нет	\$	
ЕСЛИ ДА, ЯВЛЯЮТСЯ ЛИ ОНИ БЕЗОТЗЫВНЫМИ?	Да / Нет	\$	
ДЕНЕЖНЫЕ СРЕДСТВА, ХРАНЯЩИЕСЯ В БАНКОВСКИХ ЯЧЕЙКАХ	Да / Нет	\$	
ПРОЧЕЕ ЛИКВИДНОЕ ИМУЩЕСТВО	Да / Нет	\$	
ПРОЧИЕ ИНВЕСТИЦИИ	Да / Нет	\$	

Получали ли вы какие-либо единовременные выплаты, например, следующие:	Обведите «Да» или «Нет»	Сумма	Член семьи
НАСЛЕДСТВО	Да / Нет	\$	
ЛОТЕРЕЙНЫЕ ИЛИ ИНЫЕ ВЫИГРЫШИ	Да / Нет	\$	
СТРАХОВЫЕ ВЫПЛАТЫ	Да / Нет	\$	
КОМПЕНСАЦИИ ОТ РАБОТОДАТЕЛЯ	Да / Нет	\$	
ПОСОБИЯ ПО НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ	Да / Нет	\$	
ВЫПЛАТЫ ВЕТЕРАНАМ-ИНВАЛИДАМ	Да / Нет	\$	
ВЫХОДНЫЕ ПОСОБИЯ	Да / Нет	\$	
ДОХОДЫ ОТ ПРИРОСТА КАПИТАЛА	Да / Нет	\$	
ПРОЧЕЕ	Да / Нет	\$	

***Данная форма необходима для обработки вашего заявления на получение финансовой помощи в Региональной медицинской сети округа Спартанберг (Spartanburg Regional Healthcare System, SRHS). Предоставьте финансовый документ за последний месяц (например, выписку с банковского счета), подтверждающий владение указанным выше имуществом.**

Подписываясь ниже, я подтверждаю, что информация, указанная в настоящем заявлении, является достоверной и полной, насколько мне известно. Настоящим я разрешаю разглашение любой информации, необходимой для определения моего права на участие в программе финансовой помощи SRHS Patient Financial Assistance Program.

Подпись заявителя:

Дата:

SRHS Patient Financial Assistance Program
Patient Financial Services
PO Box 27069
Greenville, SC 29616-2069

Если вам необходима помощь, обратитесь в службу поддержки по телефону 864-596-1001