

| Чи має цей член сім'ї | Обведіть варіант «Так» або «Ні» | Сума | Член сім'ї |
|--|---------------------------------|----------|------------|
| ЧЕКОВІ РАХУНКИ | Так / ні | дол. США | |
| | Так / ні | дол. США | |
| | Так / ні | дол. США | |
| ОЩАДНІ РАХУНКИ | Так / ні | дол. США | |
| | Так / ні | дол. США | |
| | Так / ні | дол. США | |
| ДЕПОЗИТНИЙ СЕРТИФІКАТ | Так / ні | дол. США | |
| КОРОТКОСТРОКОВІ ВКЛАДИ | Так / ні | дол. США | |
| АКЦІЇ, ОБЛІГАЦІЇ, КАЗНАЧЕЙСЬКІ ВЕКСЕЛІ | Так / ні | дол. США | |
| ТРАСТОВІ РАХУНКИ | Так / ні | дол. США | |
| ЯКЩО ТАК, ЧИ ПІДЛЯГАЮТЬ ВОНИ СКАСУВАННЮ? | Так / ні | дол. США | |
| ГОТІВКА, ЩО ЗБЕРІГАЄТЬСЯ В БАНКІВСЬКИХ СЕЙФАХ | Так / ні | дол. США | |
| ІНШІ ЛІКВІДНІ АКТИВИ | Так / ні | дол. США | |
| ІНШІ ІНВЕСТИЦІЇ | Так / ні | дол. США | |

| Чи отримували ви одноразові виплати? Приклади наведено нижче | Обведіть варіант «Так» або «Ні» | Сума | Член сім'ї |
|---|---------------------------------|----------|------------|
| СПАДОК | Так / ні | дол. США | |
| ВИГРАШ У ЛОТЕРЕЮ | Так / ні | дол. США | |
| СТРАХОВІ ВИПЛАТИ | Так / ні | дол. США | |
| КОМПЕНСАЦІЯ ДЛЯ ПРАЦІВНИКІВ | Так / ні | дол. США | |
| СОЦІАЛЬНА ДОПОМОГА (SOCIAL SECURITY, SS) У ЗВ'ЯЗКУ З ІНВАЛІДНІСТЮ | Так / ні | дол. США | |
| ДОПОМОГА ВІД МІНІСТЕРСТВА У СПРАВАХ ВETERANІВ (VETERANS AFFAIRS, VA) У ЗВ'ЯЗКУ З ІНВАЛІДНІСТЮ | Так / ні | дол. США | |
| ВИХІДНА ДОПОМОГА | Так / ні | дол. США | |
| ДОХОДИ ВІД ПРИРОСТУ ВАРТОСТІ АКТИВІВ | Так / ні | дол. США | |
| ІНШЕ | Так / ні | дол. США | |

*** Ця форма необхідна для обробки вашої заявки на отримання фінансової допомоги в Регіональній системі охорони здоров'я Спартанбурга (Spartanburg Regional Healthcare System). Надайте фінансовий документ (наприклад, виписку з банку) за останній місяць для підтвердження будь-яких перелічених вище активів.**

Підписуючи цю заяву, я підтверджую, що інформація, надана в ній, є правдивою та повною, наскільки мені відомо; а також надаю дозвіл на розголошення будь-якої інформації, потрібної для визначення мого права на участь у Програмі фінансової допомоги пацієнтам SRHS (SRHS Patient Financial Assistance Program).

Підпис заявника:

Дата: