

Прочие доходы

Укажите для всех членов семьи другие источники ежемесячного дохода за последние 12 (двенадцать) месяцев.

Прочие ежемесячные поступления	Ф. И. О. члена семьи	От кого	Кому	Сумма
Номер социального страхования				
Инвестиционный доход				
Пенсия				
Дополнительный социальный доход				
Пособие по безработице				
Страхование от несчастного случая на производстве				
Алименты				
Участие в программе оказания временной помощи нуждающимся семьям (TANF)				
Пособия и льготы для ветеранов				
Сдача недвижимости в аренду				
Страхование ренты				
Пособие на ребенка				
Доход по процентам				
Прочее				
Общая сумма прочих поступлений				
Общий итог от ежемесячной зарплаты и прочих поступлений				

Активы

Наличные средства, сбережения, банковские счета	долл. США
Депозитные сертификаты	долл. США
Сберегательные облигации США, казначейские облигация или векселя США	долл. США
Акции, взаимные фонды, трастовые фонды	долл. США
Пенсионный доход (пенсионные планы 401К, 403К, IRA)	долл. США
Владеете ли Вы помимо основного места жительства вторичной жилой недвижимостью или собственностью? Да Нет	долл. США (Обоснованная рыночная стоимость)
Адрес вторичной жилой недвижимости или собственности	
Всего активов	долл. США

Настоящим я разрешаю своим предыдущим и текущим работодателям, а также работодателям моего супруга (моей супруги) предоставить организации Baptist Health System информацию о трудоустройстве и зарплате. Настоящим я подтверждаю, что информация, указанная в этом заявлении на получение финансовой помощи, насколько она мне известна, является правдивой и достоверной. Для подтверждения правомерности получения льгот на медицинское обслуживание организация Baptist Health System по своему единоличному усмотрению может потребовать подтверждения доходов.

Настоящим я разрешаю организации Baptist Health получить доступ к моей кредитной истории, которая может помочь с вынесением решения относительно моего заявления на получение финансовой помощи.

В соответствии с разделом 817.50 Свода законов штата Флорида, предоставление ложной информации с намерением обмана сотрудников медицинского учреждения с целью получения товаров или услуг рассматривается как мелкое преступление второй степени.

Заявитель/поручитель: _____ Дата: _____

Свидетель: _____ Дата: _____

Представитель медицинского учреждения: _____ Дата: _____

Для проверки медицинским учреждением информации о зарплате

Работодатель:	Проверенные зарплаты:
Представитель компании:	Подпись сотрудника: