

**Мемориальный онкологический центр Слоан-Кеттеринг  
(Memorial Sloan-Kettering Cancer Center)**  
Анкета к заявлению об участии в программе финансовой помощи

Office Use Only

MRN: \_\_\_\_\_

Фамилия: \_\_\_\_\_ Имя: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Индекс: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ Мобильный: \_\_\_\_\_

Размер семьи / количество членов семьи \_\_\_\_\_

**Перечислите членов семьи:**

Фамилия	Имя	Степень родства	Возраст	Род занятий	Годовая заработная плата до удержания налогов

**Годовой доход семьи**

Вид дохода	Доход пациента	Доход супруга(и)
Зарботная плата	\$ _____	\$ _____
Выплаты социального страхования	\$ _____	\$ _____
Пособие по безработице	\$ _____	\$ _____
Пособие по инвалидности	\$ _____	\$ _____
Пособие работникам	\$ _____	\$ _____
Алименты/пособие на ребенка	\$ _____	\$ _____
Дивиденды/проценты/арендные платежи	\$ _____	\$ _____
Другие виды дохода	\$ _____	\$ _____
<b>Всего</b>		

**Семейные ресурсы**

Вид	Банк	Сумма
Сберегательный счет		
Чековый счет		
Взаимные фонды (рыночная стоимость)		
Акции и облигации (рыночная стоимость)		
Депозитный(ые) сертификат(ы)		

**Место жительства – основное**

Арендованное жилье (месячный платеж) \_\_\_\_\_

Дом (месячный ипотечный платеж) \_\_\_\_\_

Банк: \_\_\_\_\_

**Дополнительное**

Арендованное жилье (месячный платеж) \_\_\_\_\_

Дом (месячный ипотечный платеж) \_\_\_\_\_

Банк: \_\_\_\_\_

**Комментарии**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Я подтверждаю, что предоставленная мной информация является верной, насколько это мне известно. Я полностью понимаю свою ответственность за правдивость этих утверждений. Я осознаю, что вся предоставленная информация подлежит проверке.

Подпись гаранта: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

**По предоставлении этого заявления вам не нужно совершать никаких платежей в пользу больницы до тех пор, пока больница не пришлет вам письмо со своим решением.**