

**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	\$ _____	\$ _____
Всего		

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.