

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: