

**D** familiare:

--	--	--	--	--

Nome del coniuge e dei familiari a carico:

Domanda di sostegno finanziario  
(Allegato A)

VI. Dichiarazione finanziaria

Inserire i totali relativi a paziente, garante, coniuge e familiari a carico: (Aggiungere altri fogli se necessario)

<u>REDDITO MENSILE:</u>	<u>IMPORTO:</u>
Retribuzioni lorde, stipendi, mance	\$
Previdenza sociale	\$
Indennità di invalidità	\$
Indennità di disoccupazione	\$
Assegno per minori	\$
Alimenti/mantenimento	\$
Reddito da locazione	\$
Reddito da capitale	\$
Pensione	\$
Dividendi/interessi	\$
Altri redditi (specificare):	
	\$
	\$
	\$

CERTIFICAZIONE

Certifico che le informazioni sopra riportate sono veritiere e accurate per quanto di mia conoscenza. Sono consapevole che fornire informazioni false o fuorvianti pregiudicherà il mio diritto al sostegno finanziario. Autorizzo il rilascio di qualsiasi informazione necessaria a verificare le informazioni fornite e ad operare le dovute riscossioni e fatturazioni secondo le leggi federali e statali applicabili. Presenterò inoltre richiesta di qualunque assistenza (Medicaid, Medicare, assicurativa, etc.) possa essere disponibile per il pagamento delle spese ospedaliere e adotterò ogni azione ragionevolmente necessaria per ottenere tale assistenza e