

Поручитель/№ Счета: \_\_\_\_\_

**Заявка о Финансовой Помощи – Отчёт о Местожительстве**

Если основной заявитель и/или члены семьи, живущие в доме, подают заявку о финансовой помощи North Memorial Health, и не имеют доход, который должен быть изложен в заявке о финансовой помощи, необходимо заполнить “Отчёт о Местожительстве” по поддержке и приложить его к заявке о финансовой помощи. Пожалуйста, заполните и верните вместе с заявкой о финансовой помощи.

**1. Основной заявитель: как заявлен в заявке о финансовой помощи. Все клетки должны быть заполнены.**

Имя	И.О.	Фамилия	Дата рождения	Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	Семейное положение
Адрес			Город	Штат	Почтовый код
Номер Социального страхования			Домашний телефон	Другой телефон	

**1. Заявка основного заявителя:**

**Я (мы) не имеем доход, который надо изложить в заявке о финансовой помощи, и (пожалуйста, выберите один вариант):**

Я (мы) предоставляем себе еду и местожительство, используя активы, которые перечислены в заявке о финансовой помощи. Перейдите к разделу №4.

Другой человек/другие люди предоставляют мне/нам еду и местожительство. Заполните раздел №3.

**1. Лицо, предоставляющее местожительство:**

Основной заявитель и члены семьи, живущие с основным заявителем (если таковой имеется) в настоящее время является безработным, и я предоставляю средства к существованию. Они живут со мной по следующему адресу:

Адрес	Город	Штат	Почтовый код
-------	-------	------	--------------

Подпись \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Имя печатными буквами: \_\_\_\_\_ Номер телефона: \_\_\_\_\_

Отношение к основному заявителю: \_\_\_\_\_

Подпись свидетеля: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Имя печатными буквами: \_\_\_\_\_

**1. Подпись основного заявителя:**

Я подтверждаю, что насколько мне известно, информация этой заявки является правдивой. Я понимаю, что искажение информации в данной заявке может привести к тому, что вам могут отказать в вашей просьбе о заявке о финансовой помощи.

Дата:	Подпись основного заявителя: <b>X</b>
-------	--

Если вы нуждаетесь в помощи, чтобы заполнить заявку о местожительстве, пожалуйста, свяжитесь с NMH по подходящему вам номеру телефона:

**North Memorial Health/Maple Grove Hospital**  
**(763)581-0911 or (866) 494-2900**

**North Memorial Transportation**  
**(763)581-9930 or (800)535-6720**