**راستی‌آزمایی منبع درآمد غیرنقدی**

**تاریخ تحویل: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Agency Name

**به:**

**قابل توجه ارائه‌دهنده غیرنقدی:** *نام شما به عنوان منبع حمایت مراجع زیر ذکر شده است. لطفاً این فرم را تکمیل کنید و به دفتر اداری (Business Office) کلینیک مرقوم در پایین فرم برگردانید.*

|  |
| --- |
| **قسمت اول: راستی‌آزمایی درآمد غیرنقدی** |

اینجانب در حال حاضر موارد حمایتی زیر را در اختیار ایشان قرار می‌دهم: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_،

 (نام مراجع)

**بخش A**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  مسکن | [ ]  قبوض خدمات شهری | [ ]  مواد غذایی | [ ]  لباس | [ ]  پول نقد |

تأمین این موارد در ازای خدمات یا کار صورت می‌گیرد: [ ]  بله [ ]  خیر

تأمین موارد مذکور از سوی اینجانب/اینجانبان از این تاریخ شروع شده است: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

طبق انتظار اینجانب/اینجانبان، تأمین این موارد تا این تاریخ ادامه خواهد یافت: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**بخش B**

اینجانب/اینجانبان مخارج غیرنقدی مشترک خانوار را تأمین می‌کنیم: [ ]  بله [ ]  خیر

لطفاً در صورت مثبت بودن پاسخ، توافق مشترک را توضیح بدهید: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ارزش کل اقلام خانوار ساکن در نشانی زیر:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| مسکن | قبوض خدمات شهری | مواد غذایی | لباس | پول نقد |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **دلار** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **دلار** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **دلار** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **دلار** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **دلار** |

تعداد اعضای خانوار ساکن در نشانی فوق: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**بخش C**

رابطه تأمین‌کننده غیرنقدی با مراجع: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **قسمت دوم: راستی‌آزمایی اجاره‌بهای پرداختی** |

اجاره پرداخت می‌شود: [ ]  بله [ ]  خیر. در صورت مثبت بودن پاسخ، مبلغ را قید کنید: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ دلار در \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

امضای تأمین‌کننده غیرنقدی: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

نشانی: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ شهر: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ کد پستی: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

شماره تلفن (\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |

**لطفاً نسخه تکمیل‌شده این فرم را ظرف 10 روز کاری از تاریخ فوق به این نشانی برگردانید:**

قابل توجه: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ نام کلینیک: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

نشانی: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ شهر: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ کد پستی: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

تلفن: (\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ فکس: (\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_