**การตรวจสอบแหล่งที่มาของรายได้ในรูปแบบต่างๆ**

วันที่ส่งมอบ: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Agency Name

**ถึง:**

**หมายเหตุถึงผู้ให้บริการ:** *ชื่อของคุณได้รับเป็นแหล่งการสนับสนุนสำหรับลูกค้าตามรายการด้านล่าง โปรดกรอก*

*แบบฟอร์มนี้ให้สมบูรณ์แล้วส่งคืนให้กับสำนักงานธุรกิจของคลินิกตามรายการด้านล่างแบบฟอร์มนี้*

|  |
| --- |
| **ส่วนที่ 1: การยืนยันรายได้ในรูปแบบต่างๆ** |

ขณะนี้ข้าพเจ้ากำลังบริจาคสิ่งสนับสนุนที่ระบุไว้ด้านล่างให้กับ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(ชื่อลูกค้า)

**ส่วน ก**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ที่อยู่อาศัย | สาธารณูปโภค | อาหาร | เสื้อผ้า | เงินสด |

เป็นการแลกเปลี่ยนกับบริการหรือแรงงานหรือไม่:  ใช่  ไม่

ข้าพเจ้า/เราได้ให้บริการรายการเหล่านี้ตั้งแต่ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ข้าพเจ้า/เราคาดว่าจะให้บริการรายการเหล่านี้จนถึง \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ส่วน ข**

ข้าพเจ้า/เราจัดเตรียมค่าใช้จ่ายในครัวเรือนที่ใช้ร่วมกัน:  ใช่  ไม่

หากใช่ โปรดอธิบายข้อตกลงร่วมกัน: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

มูลค่ารวมของสิ่งของในครัวเรือนตามที่อยู่ดังต่อไปนี้:

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ที่อยู่อาศัย | สาธารณูปโภค | อาหาร | เสื้อผ้า | เงินสด |
| **$**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **$**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **$**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **$**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **$**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

จำนวนสมาชิกในครัวเรือนตามที่อยู่ข้างต้นคือ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ส่วน ค**

ความสัมพันธ์ของผู้ให้บริการในรูปแบบอื่นกับลูกค้า คือ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **ส่วนที่ 2: การตรวจสอบการจ่ายค่าเช่า** |

จ่ายค่าเช่าแล้วหรือไม่:  ใช่  ไม่ ถ้าใช่ ให้ระบุจำนวนเงินเป็น $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ต่อ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ลายเซ็นของผู้ให้บริการในรูปแบบอื่น: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ วันที่: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ที่อยู่: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ เมือง: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

หมายเลขโทรศัพท์ (\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |

**โปรดส่งคืนแบบฟอร์มที่กรอกครบถ้วนนี้ภายใน 10 วันทำการนับจากวันที่แสดงด้านบนไปที่:**

เรียน: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ชื่อคลีนิก: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ที่อยู่: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ เมือง: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

หมายเลขโทรศัพท์ (\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ แฟกซ์: (\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_