**Xác minh Nguồn Thu nhập bằng Hiện vật**

Ngày Cung cấp: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Agency Name

**Gửi:**

**Ghi chú gửi Người cung cấp Hỗ trợ bằng Hiện vật:** *Tên của quý vị đã được cung cấp như nguồn hỗ trợ cho người sử dụng dịch vụ được ghi bên dưới. Vui lòng hoàn thành* biểu *mẫu này và gửi lại cho Văn phòng Kinh doanh (Business Office) của phòng khám được liệt kê ở cuối biểu mẫu này.*

|  |
| --- |
| **Phần I: Xác minh Thu nhập bằng Hiện vật** |

Tôi hiện đang đóng góp các hạng mục hỗ trợ được nêu dưới đây cho \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 *(Tên Người Sử dụng Dịch vụ)*

**Phần A**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  Nhà ở | [ ]  Dịch vụ Tiện ích | [ ]  Thực phẩm | [ ]  Quần áo | [ ]  Tiền mặt |

Điều này là để đổi lấy dịch vụ hoặc sức lao động: [ ]  Có [ ]  Không

Tôi/Chúng tôi đã cung cấp những hạng mục hỗ trợ này kể từ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Tôi/Chúng tôi kỳ vọng sẽ cung cấp những hạng mục hỗ trợ này cho đến \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Phần B**

Tôi/Chúng tôi cung cấp các chi phí chung của hộ gia đình bằng hiện vật: [ ]  Có [ ]  Không

Nếu có, vui lòng giải thích sự sắp xếp chung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Tổng giá trị đồ đạc trong nhà tại địa chỉ sau:

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nhà ở | Dịch vụ Tiện ích | Thực phẩm | Quần áo | Tiền mặt |
| **$** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **$** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **$** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **$** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **$** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Số người trong hộ gia đình ở địa chỉ trên là \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Phần C**

Mối quan hệ của người cung cấp sự hỗ trợ bằng hiện vật với người sử dụng dịch vụ là \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Phần II: Xác minh Tiền thuê nhà đã Trả** |

Tiền thuê được trả: [ ]  Có [ ]  Không. Nếu có, hãy cho biết số tiền là $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cho mỗi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Chữ ký của Người cung cấp Hỗ trợ bằng Hiện vật: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Thành phố: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mã vùng: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Số Điện thoại (\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |

**Vui lòng gửi lại biểu mẫu đã điền thông tin trong vòng 10 ngày làm việc kể từ ngày ghi ở trên tới:**

Gửi tới: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tên Phòng khám: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Thành phố: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mã vùng: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Điện thoại: (\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_