



LOCAL OFFICE	TELEPHONE
CASE NUMBER	DATE

ЗАЯВЛЕНИЕ О ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВАХ  
STATEMENT OF COLLATERAL INFORMATION

РАЗДЕЛ 1

ОТНОСИТЕЛЬНО: \_\_\_\_\_

Отдел Социального Обслуживания и Здравоохранения находится в процессе определения права получения пособий вышеуказанным лицом. Я был бы признателен за предоставление информации, запрашиваемой в Разделе 2 данной формы.

\_\_\_\_\_  
СПЕЦИАЛИСТ ПО ФИНАНСОВОМУ ОБСЛУЖИВАНИЮ

РАЗДЕЛ 2

Я разрешаю \_\_\_\_\_, которое является моим  
ЛИЦУ ИЛИ АГЕНТСТВУ

\_\_\_\_\_ предоставить следующую информацию Отделу  
ВРАЧЕМ, СОСЕДОМ, РОДСТВЕННИКОМ и Т.Д.

Социального Обслуживания и Здравоохранения.

\_\_\_\_\_  
ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ/ПОЛУЧАТЕЛЯ

\_\_\_\_\_  
ДАТА

РАЗДЕЛ 3

ЛИЦУ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩЕМУ ИНФОРМАЦИЮ:

Дайте только информацию, которая Вам известна. Напишите НЕИЗВЕСТНО, если Вы не можете дать информации. Подпишите и поставьте дату на форме, напишите адрес и номер телефона. Если Вам необходимо больше места, используйте обратную сторону формы.

\_\_\_\_\_  
ПОДПИСЬ

\_\_\_\_\_  
ДАТА