

Italian

**Re:**  
**Sistema di controllo e di fatturazione (TABS) #:**  
**Struttura:**

Gentile Sig./Sig.ra

Stiamo procedendo alla revisione della situazione finanziaria e dell'assicurazione sanitaria della persona di cui sopra. Si prega di comunicare solamente le informazioni di cui si è a conoscenza personalmente. **La preghiamo di cercare la risposta SÌ o NO e di inserire i dati richiesti.**

La preghiamo inoltre di restituire il presente modulo in busta chiusa entro una settimana. Qualora non vi fosse spazio sufficiente per rispondere a una domanda o si desiderasse fornire commenti aggiuntivi, si prega di allegare un foglio separato. In caso di ulteriori domande o di assistenza, contattare il numero di cui sopra. Nel ringraziarLa anticipatamente per la gentile collaborazione,

Cordiali saluti,

Il Responsabile risorse e rimborsi (Resources and Reimbursement Agent)

1. Percepisce entrate, di qualsivoglia natura, per la persona di cui sopra?  
**NO** (vada al punto #2) **SÌ** (completi le seguenti informazioni)

<b>FONTI</b>	<b>RICHIESTA N.</b>	<b>IMPORTO</b>
PREVIDENZA SOCIALE		
SUPPLEMENTAL SECURITY INCOME (SSI)		
PENSIONE FERROVIARIA		
BENEFICI PER VETERANI		
ALTRO:		

2. Gestisce un bene, come un conto bancario, fondo funerario, azioni, obbligazioni, ecc. per la persona di cui sopra?

**NO** (vada al punto #3) **SÌ** (completi le seguenti informazioni)

TIPO DI BENE \_\_\_\_\_ VALORE ATTUALE \_\_\_\_\_

NUMERO CONTO \_\_\_\_\_

DENOMINAZIONE E INDIRIZZO DELLA BANCA O DELL'ORGANIZZAZIONE CHE DETIENE IL BENE

\_\_\_\_\_

**(BRO-273 CONTINUA ALLA PAGINA SEGUENTE)**