

Verificación de empleo

SOLICITANTE: El presente formulario debe llenarlo la persona que se encarga de verificar sus ingresos a nombre suyo. Este documento no le asigna ninguna responsabilidad financiera de la deuda médica pendiente adeudada por el paciente que solicita la asistencia financiera.

La persona que pide completar este formulario solicitó que Inova Health System le prestara asistencia financiera relacionada con los servicios prestados. Requerimos esta información para constatar si cumple con los requisitos.

Fiador/MRN: _____
(*Guarantor/MRN*)

Nombre del empleado: _____
(*Employee Name*)

Frecuencia de pago: Semanal Quincenal Mensual
(*Weekly*) (*Bi-Weekly*) (*Monthly*)

Salario: _____
(*Wages*)

Nombre de la compañía: _____
(*Company Name*)

Dirección de la compañía: _____
(*Company Address*)

Número de teléfono: _____
(*Phone number*)

Cargo: _____
(*Title/Position*)

Testificación del empleador:

Certifico, a mi leal saber y entender, que la información antes citada es correcta y verdadera. Si se requiere realizar verificaciones adicionales acepto que se comuniquen conmigo.

Firma de la persona que llena este formulario
(*Signature of Person Completing This Form*)

Fecha en que se firmó
(*Date Signed*)

Este formulario debe ser notariado

El notario público suscrito certifica que el presente documento se firmó en mi presencia en la ciudad o el condado de _____ el día ____ de _____ de 20____.

Notario público
(*Notary Public*)

Mi comisión vence el: _____
(*My commission Expires*)