

Verificación de residencia

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 paciente: _____
(Patient Name)

Nombre del propietario: _____
(Landlord Name)

Dirección del propietario: _____
(Landlord Address)

Número de teléfono: _____
(Phone number)

Tiempo de residencia (*Length of Residency*): Fecha en la que se mudó allí (*Move in Date*): _____
Fecha en la que se mudó a otra parte/presente (*Move Out Date*): _____

Monto que paga: _____ Semanal Quincenal Mensual
(Weekly) (Bi-Weekly) (Monthly)

Testificación del propietario:

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)