

የስራ ማረጋገጫ

ይህ ቅጽ የሚሞላው ታካሚውን በመወከል በሚያረጋግጠው ታካሚ ነው። ይህ ሰነድ ከ Inova የገንዘብ እርዳታ ለማግኘት የሚያመለክት በታካሚው ምክንያት ላለው የላቀ የህክምና ዕዳ ምንም ዓይነት የገንዘብ ሀላፊነት አይወስድም።

ታካሚው ለሚቀርቡላቸው አገልግሎት ለመክፈል ከ Inova የፋይናንስ ድጋፍ ጠይቀዋል። ከታች የተጠቀሰው መረጃ የብቁነትን ግምገማ ለማጠናቀቅ አስፈላጊ ነው።

የታካሚው ስም: _____

በየሰንት ግዜ ይከፍላሉ: በየሳምንቱ በየሁለት ሳምንቱ ወርሀዊ ሌላ: _____

ደምዎዝ (አጠቃላይ - ከግብር በፊት): \$ _____ በ ሰዓት ሳምንት 2 ሳምንት ወር ዓመት

የድርጅቱ ስም: _____

የድርጅቱ አድራሻ: _____

የድርጅቱ ስልክ ቁጥር: _____

ይህን ቅጽ የሚሞላው ሰው ስም: _____

ይህን ቅጽ የሚሞላው ሰው ሀላፊነት/ርእስ: _____

ምስክርነት:

ከላይ ያስቀምጥኩት መረጃ እስከማውቀው ድረስ እውነት እንደሆነ አረጋግጣለሁ። ተጨማሪ ማረጋገጫ ካስፈለገ እኔን ሊያገኙኝ እንደሚችሉ አረጋግጣለሁ።

የህን ቅጽ የሚሞላው ሰው ፊርማ
(Signature of person completing this form)

የተፈረመበት ቀን
(Date signed)