

گواهی باشندگی

این فورم باید توسط فردی تکمیل شود که باشندگی را از طرف بیمار تأیید می کند. این سند هیچ گونه مسئولیت مالی در خصوص بدهی پزشکی معوقه بیماری که برای کمک هزینه مالی از Inova تقاضا می دهد را واگذار نمی کند.

بیمار از Inova کمک هزینه مالی مربوط به سرویس های ارائه شده درخواست کرده است. معلومات زیر برای تکمیل بررسی صلاحیت لازم است.

اسم بیمار: _____

اسم صاحب خانه: _____

آدرس صاحب خانه: _____

شماره تلفون صاحب خانه: _____

تاریخ شروع باشندگی: _____ تاریخ پایان باشندگی: _____ یا هنوز اینجا ساکن استم

مبلغ پرداخت شده توسط بیمار: _____ دالر هفتگی دوهفتگی ماهوار سایر: _____

استشهاد:

گواهی می دهم که تا جایی که اطلاع دارم، معلومات بالا درست و صحیح است. موافقت می کنم که اگر نیاز به تأیید بیشتر باشد، می توانید با من تماس بگیرید.

_____ تاریخ امضا

_____ امضای فردی که این فورم را تکمیل می کند