

居住地证明

该表格应由代表患者验证居住地的人员填写。本文件不分配向 Inova 申请经济援助的患者应付的未偿医疗债务的任何财务责任。

患者已向 Inova 申请了与所提供服务相关的经济援助。以下信息是完成资格审查所必需的。

患者姓名: _____

房东姓名: _____

房东地址: _____

房东电话号码: _____

入住日期: _____ 搬出日期: _____ 或 还住在这里

患者支付的金额: _____ 美元 每周 双周 每月 其他: _____

证明:

我保证, 据我所知, 上述信息是真实和正确的。我同意, 如果需要进一步验证, 您可以与我联系。

填写此表格的人签名
(Signature of person completing this form)

签署日期
(Date signed)