

## 自我声明的验证

此表格仅适用于临时工、移民/季节性工人、以小费为收入或失业且未从家人/朋友/其他人那里获得住所、食物和/或生活费用支持的患者。

如果您有其他资金来源可以帮助您支付费用，那么还需要提供工资单、就业证明或支持证明。

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： \_\_\_\_\_

估计收入（税前毛额）：美元 \_\_\_\_\_ 每  小时  周  2 周  月  年

靠储蓄为生： 不  是的，总共节省了 \_\_\_\_\_ 美元

报税： 是的  否，请解释： \_\_\_\_\_

### 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)