

## 支持证明

该表格应由帮助支持患者提供住所、食物和生活费用的人员填写。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。

**病人：**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。

**支持者：**如果您作为支持者完成此操作，则必须包括最新的纳税申报表，以确定患者是否被索赔为受抚养人。如果您不提交纳税申报表，请提供一份声明，表明您不提交纳税申报表，也不将患者申报为受抚养人。

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： \_\_\_\_\_

支持类型（完成以下所有部分）：

庇护所：  没有 或 入住日期： \_\_\_\_\_ 搬出日期： \_\_\_\_\_ 或  还住在这里

食物：  没有 或 患者家庭平均每月开支 \_\_\_\_\_ 美元

生活费：  没有 或 患者家庭平均每月开支 \_\_\_\_\_ 美元

提供支持的人员姓名： \_\_\_\_\_ 与患者的关系： \_\_\_\_\_

提供支持人员的地址： \_\_\_\_\_

提供支持人员的电话号码/电子邮件地址： \_\_\_\_\_

### 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)