

گواهی اشتغال

این فرم باید توسط فردی تکمیل شود که درآمد 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 خدمات ارائه شده درخواست کرده است. اطلاعات زیر برای تکمیل بررسی صلاحیت لازم است.

نام بیمار: _____

دوره پرداخت: هفتگی دوهفتگی ماهانه سایر: _____

دستمزدها (ناخالص - پیش از مالیات): _____ دلار در هفته 2 هفته ماه سال

نام شرکت: _____

نشانی شرکت: _____

شماره تلفن شرکت: _____

نام فردی که این فرم را تکمیل می کند: _____

عنوان/مقام فردی که این فرم را تکمیل می کند: _____

استشهاد:

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

_____ تاریخ امضا

_____ امضای فرد که این فرم را تکمیل می کند