

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 سرویس های ارائه شده درخواست کرده است. معلومات زیر برای تکمیل بررسی صلاحیت لازم است.

اسم بیمار: _____

دوره پرداخت: هفتگی دو هفته ماهوار سایر: _____

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

اسم شرکت: _____

آدرس شرکت: _____

شماره تلفون شرکت: _____

اسم فردی که این فرم را تکمیل می کند: _____

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

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 فرم را تکمیل می کند