

就业证明

该表格应由代表患者核实收入的人员填写。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： _____

支付频率： 每周 双周 每月 其他： _____

工资（税前毛额）： 美元 _____ 每 周 2周 月 年

公司名称： _____

公司地址： _____

公司电话号码： _____

填写此表格的人员姓名： _____

填写此表格的人 职称/职位： _____

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)