

**Xác Nhận Việc Làm**

Biểu mẫu này do người xác minh thu nhập thay mặt cho bệnh nhân hoàn thành. Tài liệu này không quy trách nhiệm tài chính cho bất kỳ khoản nợ y tế quá hạn nào của bệnh nhân đang xin hỗ trợ tài chính từ Inova.

Bệnh nhân đã yêu cầu hỗ trợ tài chính từ Inova cho các dịch vụ được cung cấp. Thông tin dưới đây cần thiết để hoàn thành việc xem xét tính đủ điều kiện.

Tên bệnh nhân: \_\_\_\_\_

Tần suất thanh toán:  Hàng tuần  Hai tuần một lần  Hàng tháng  Khác: \_\_\_\_\_

Tiền lương (tổng - trước thuế): \$ \_\_\_\_\_ mỗi  Tuần  2 tuần  Tháng  Năm

Tên công ty: \_\_\_\_\_

Địa chỉ công ty: \_\_\_\_\_

Số điện thoại công ty: \_\_\_\_\_

Tên người hoàn thành biểu mẫu này: \_\_\_\_\_

Chức danh/vị trí của người hoàn thành biểu mẫu này: \_\_\_\_\_

**Lời chứng thực:**

Tôi cam đoan rằng theo hiểu biết tốt nhất của mình, thông tin trên là đúng và chính xác. Tôi đồng ý rằng bệnh viện có thể liên lạc với tôi để xác minh thêm nếu cần.

\_\_\_\_\_  
Chữ ký của người hoàn thành biểu mẫu này  
(Signature of person completing this form)

\_\_\_\_\_  
Ngày ký  
(Date signed)