

**إثبات العمل**

يجب أن يُكمل هذا النموذج الشخص الذي يتثبت من الدخل نيابةً عن المريض. وهذه الوثيقة لا تُحدّد أي مسؤولية مالية عن الديون الطبية المستحقة على المريض الذي يتقدم بطلب للحصول على مساعدة مالية من Inova.

لقد طلب المريض مساعدة مالية من Inova بخصوص الخدمات المقدمة. والمعلومات الواردة فيما يلي ضرورية لإكمال مراجعة الأهلية.

اسم المريض: \_\_\_\_\_

معدل تكرار الدفع:  كل أسبوع  كل أسبوعين  كل شهر  غير ذلك: \_\_\_\_\_

الأجور (الإجمالية – قبل الضرائب): \_\_\_\_\_ دولار/دولارات لكل  ساعة  أسبوع  أسبوعين  شهر  سنة

اسم الشركة: \_\_\_\_\_

عنوان الشركة: \_\_\_\_\_

رقم هاتف الشركة: \_\_\_\_\_

اسم الشخص الذي يُكمل هذا النموذج: \_\_\_\_\_

المسمى الوظيفي/المنصب للشخص الذي يُكمل هذا النموذج: \_\_\_\_\_

**الشهادة:**

أشهد، على حد علمي، أنّ المعلومات المذكورة أنفاً صحيحة وحقيقية، وأوافق على أنه يمكنك الاتصال بي إذا كان إجراء مزيد من التحقق أمراً ضرورياً.

تاريخ التوقيع

توقيع الشخص الذي يكمل هذا النموذج