

## إثبات الإقامة

يجب أن يُكْمَل هذا النموذج الشخص الذي يتثبت من الإقامة 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: \_\_\_\_\_

اسم المالك: \_\_\_\_\_

عنوان المالك: \_\_\_\_\_

رقم هاتف المالك: \_\_\_\_\_

تاريخ الدخول: \_\_\_\_\_ تاريخ الخروج: \_\_\_\_\_ أو  الاستمرار في العيش هنا

المبلغ الذي يدفعه المريض: \_\_\_\_\_ دولار/دولارات  كل أسبوع  كل أسبوعين  كل شهر  غير ذلك: \_\_\_\_\_

## 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