

گواهی سکونت

این فرم باید توسط فردی تکمیل شود که سکونت 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 خدمات ارائه شده درخواست کرده است. اطلاعات زیر برای تکمیل بررسی صلاحیت لازم است.

نام بیمار: _____

نام صاحب خانه: _____

نشانی صاحب خانه: _____

شماره تلفن صاحب خانه: _____

تاریخ شروع سکونت: _____ تاریخ پایان سکونت: _____ یا هنوز اینجا ساکن هستم

مبلغ پرداخت شده توسط بیمار: _____ دلار هفتگی دوهفتگی ماهانه سایر: _____

استشهاد:

شهادت می دهم که تا جایی که اطلاع دارم، اطلاعات بالا درست و صحیح است. موافقت می کنم که اگر نیاز به تأیید بیشتر باشد، می توانید با من تماس بگیرید.

_____ تاریخ امضا

_____ امضای فرد که این فرم را تکمیل می کند