

Verificación de residencia

El presente formulario debe llenarlo la persona que se encarga de verificar la residencia en nombre del paciente. Este documento no asigna ninguna responsabilidad financiera de la deuda médica pendiente adeudada por el paciente que solicita la asistencia financiera a Inova.

El paciente ha solicitado asistencia financiera a Inova en relación con los servicios proporcionados. Queremos la información a continuación para revisar si cumple con los requisitos.

Nombre del paciente (*Patient name*): _____

Nombre del propietario (*Landlord name*): _____

Dirección del propietario: _____

Número telefónico del propietario: _____

Fecha de mudanza a la propiedad: _____

Fecha de mudanza a otra propiedad: _____ o Todavía vive aquí

Monto pagado por el paciente: \$ _____ Semanalmente Cada dos semanas Mensualmente

Otro: _____

Testificación:

Certifico, a mi leal saber y entender, que la información antes mencionada es correcta y verdadera. Si se requiere realizar verificaciones adicionales acepto que se comuniquen conmigo.

Firma de la persona que llena este formulario
(*Signature of Person Completing This Form*)

Fecha en la que se firmó
(*Date Signed*)