

Xác Nhận Nơi Cư Trú

Biểu mẫu này do người xác minh nơi cư trú 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: _____

Tên chủ nhà: _____

Địa chỉ chủ nhà: _____

Số điện thoại chủ nhà: _____

Ngày dọn vào: _____ Ngày dọn ra: _____ hoặc Vẫn đang sống ở đâySố tiền bệnh nhân thanh toán: \$ _____ Hàng tuần Hai tuần một lần Hàng tháng
 Khác: _____**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)