

إثبات العمل

يجب أن يُكْمَل 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 أسبوع أسبوعين شهر سنة

اسم الشركة: _____

عنوان الشركة: _____

رقم هاتف الشركة: _____

اسم الشخص الذي يُكْمَل هذا النموذج: _____

المسمى الوظيفي/المنصب للشخص الذي يُكْمَل 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