

고용상태 확인서

이 양식은 소득을 증명하는 사람이 환자를 대신하여 작성합니다. 이 문서로 인하여, Inova에 재정보조를 신청하는 환자에게 부여된 미결제 의료 부채에 대한 재정 책임은 어떠한 것도 부여되지 않습니다.

환자는 제공된 서비스와 관련하여 Inova에 재정보조를 요청했습니다. 자격 심사를 마치기 위해서는 아래 정보는 필수입니다.

환자 이름: _____

급여 주기: 매주 격주 매월 기타: _____

급여 (총액 - 세전): \$ _____ 단위 주 2주 월 연

회사 이름: _____

회사 주소: _____

회사 전화번호: _____

이 양식을 작성한 사람의 이름: _____

이 양식을 작성한 사람의 직책/직위: _____

선서:

위 정보는 제가 가진 최대한의 지식에 따라 진실되고 정확하게 작성했음을 확인합니다. 추가 증빙이 필요하다면 귀하가 저에게 접촉하는데 동의합니다.

이 양식을 작성한 사람의 서명
(Signature of person completing this form)

서명 날짜
(Date signed)