

Verificación de empleo

El presente formulario debe llenarlo la persona que se encarga de verificar los ingresos 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. Requerimos la información a continuación para revisar si cumple con los requisitos.

Nombre del paciente (*Patient name*): _____

Frecuencia de pago: Semanalmente Cada dos semanas Mensualmente Otro: _____

Salarios (brutos, antes de impuestos): \$ _____ por semana cada 2 semanas mes año

Nombre de la empresa: _____

Dirección de la empresa: _____

Número telefónico de la empresa: _____

Nombre de la persona que llena este formulario: _____
(*Name of Person Completing This Form*)

Cargo/puesto de la persona que llena este formulario: _____
(*Person completing this form title/position*)

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*)