

## گواهی اشتغال

این فورم باید توسط فردی تکمیل شود که درآمد را از طرف بیمار تأیید می کند. این سند هیچ گونه مسئولیت مالی در خصوص بدهی پزشکی معوقه بیماری که برای کمک هزینه مالی از Inova تقاضا می دهد را واگذار نمی کند.

بیمار از Inova کمک هزینه مالی مربوط به سرویس های ارائه شده درخواست کرده است. معلومات زیر برای تکمیل بررسی صلاحیت لازم است.

اسم بیمار: \_\_\_\_\_

دوره پرداخت:  هفتگی  دو هفته ای  ماهوار  سایر: \_\_\_\_\_

دستمزدها (ناخالص - پیش از مالیات): \_\_\_\_\_ دالر در  ساعت  هفته  2 هفته  ماه  سال

اسم شرکت: \_\_\_\_\_

آدرس شرکت: \_\_\_\_\_

شماره تلفون شرکت: \_\_\_\_\_

اسم فردی که این فورم را تکمیل می کند: \_\_\_\_\_

عنوان/مقام فردی که این فورم را تکمیل می کند: \_\_\_\_\_

### استشهاد:

گواهی می دهم که تا جایی که اطلاع دارم، معلومات بالا درست و صحیح است. موافقت می کنم که اگر نیاز به تأیید بیشتر باشد، می توانید با من تماس بگیرید.

\_\_\_\_\_ تاریخ امضا

\_\_\_\_\_ امضای فردی که این فورم را تکمیل می کند