

**رہائش کی تصدیق**

یہ فارم مریض کی جانب سے رہائش کی تصدیق کرنے والے شخص کے ذریعہ مکمل کیا جائے۔ یہ دستاویز Inova سے مالی امداد کے لئے درخواست دینے والے مریض پر کسی واجب الادا بقایا طبی قرض کی مالی ذمہ داری نہیں ڈالتا ہے۔

مریض نے Inova سے ایسی مالی امداد کی درخواست کی ہے جو فراہم کردہ خدمات سے متعلق ہے۔ نیچے دی گئی معلومات اہلیت کا جائزہ مکمل کرنے کے لئے ضروری ہے۔

مریض کا نام: \_\_\_\_\_

زمیندار کا نام: \_\_\_\_\_

زمیندار کا پتہ: \_\_\_\_\_

زمیندار کا فون نمبر: \_\_\_\_\_

رہائش میں آنے کی تاریخ: \_\_\_\_\_ رہائش سے جانے کی تاریخ: \_\_\_\_\_ یا  یہاں اب بھی رہائش پذیر ہیں

مریض کے ذریعہ ادا کی گئی رقم: \_\_\_\_\_ ڈالر  ہفتہ میں ایک بار  ہفتہ میں دو بار  مہینہ میں ایک بار  دیگر: \_\_\_\_\_

**تصدیق:**

میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ میرے بہترین علم کی حد تک، مذکورہ بالا معلومات سچی اور درست ہیں۔ میں اس بات سے متفق ہوں کہ مزید تصدیق کی ضرورت پڑنے پر آپ مجھ سے رابطہ کر سکتے ہیں۔

\_\_\_\_\_ دستخط کی تاریخ

\_\_\_\_\_ اس فارم کو مکمل کرنے والے شخص کا دستخط