

گواهی خوداظهاری

این فورم فقط برای بیمارانی استفاده می شود که کارگران روزانه هستند، کارگر مهاجر/فصلی هستند، انعام به عنوان درآمدشان دریافت می کنند یا بیکار هستند و در خصوص سرپناه، غذا و/یا مخارج زندگی از خانواده/دوستان/دیگران حمایت دریافت نمی کنند.

اگر منبع درآمد دیگری دارید که در مخارج به شما کمک می کند، فیش های حقوقی، گواهی اشتغال یا گواهی حمایت را نیز ارائه کنید.

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: _____

درآمد تخمینی (ناخالص - پیش از مالیات): _____ دالر در ساعت هفته 2 هفته ماه سال

گذران زندگی با پس اندازها: خیر بله، مجموع پس اندازها _____ دالر

اظهار مالیات: بله خیر، لطفاً توضیح دهید: _____

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