

گواهی خوداظهاری

این فرم 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 خدمات ارائه شده درخواست کرده است. اطلاعات زیر برای تکمیل بررسی صلاحیت لازم است.

نام بیمار: _____

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

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

اظهار مالیات: بله خیر، لطفاً توضیح دهید: _____

استشهاد:

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

_____ تاریخ امضا

_____ امضای فرد که این فرم را تکمیل می کند