

Verificación de autodeclaración

El presente formulario solo se utiliza con pacientes que trabajan como jornaleros, inmigrantes/trabajadores por temporada, que reciben propinas como ingresos o que están desempleados y no reciben ayuda de familiares/amigos/otros para alojamiento, comida o gastos de manutención.

Si tiene otra fuente de fondos que le ayude con sus gastos, entonces también proporcione recibos de pago, verificación de empleo o verificación de apoyo.

El paciente ha solicitado asistencia financiera a Inova en relación con los servicios proporcionados. Queremos la información a continuación para revisar si cumple con los requisitos.

Nombre del paciente (*Patient name*): _____

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

Vive de sus ahorros: No Sí; total de ahorros (*Yes, total savings*) \$ _____

Declara impuestos: Sí (*Yes*) No; por favor, explique (*No, please explain*): _____

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*)