

إثبات الدعم

يجب أن يُكمل هذا النموذج الشخص الذي يساعد على دعم المريض بالمأوى والطعام ونفقات المعيشة. وهذه الوثيقة لا تُحدّد أي مسؤولية مالية عن الديون الطبية المستحقة على المريض الذي يتقدم بطلب للحصول على مساعدة مالية من Inova.

المريض: إذا كان لديك مصدر أموال آخر يساعدك على تغطية نفقاتك، فقدم أيضاً قسائم الدفع أو إثبات العمل أو إثبات الدعم.

الداعم: إذا كنت تكمل هذا النموذج باعتبارك داعمًا، فيجب عليك تضمين أحدث إقرار ضريبي لتحديد ما إذا كان المريض مُعالًا أم لا. وإذا كنت لا تقدم إقرارًا ضريبيًا، فقدم بيانًا يشير إلى أنك لا تقدم إقرارًا ضريبيًا ولا تعلن أنّ المريض مُعال. لقد طلب المريض مساعدة مالية من Inova بخصوص الخدمات المقدمة. والمعلومات الواردة فيما يلي ضرورية لإكمال مراجعة الأهلية.

اسم المريض: _____

نوع الدعم (أكمل جميع الأقسام التالية):

المأوى لا يوجد أو تاريخ الدخول: _____ تاريخ الخروج: _____ أو الاستمرار في العيش هنا

الطعام: لا يوجد أو متوسط النفقات الشهرية لأسرة المريض _____ دولار/دولارات

نفقات المعيشة: لا يوجد أو متوسط النفقات الشهرية لأسرة المريض _____ دولار/دولارات

اسم الشخص الذي يقدم الدعم: _____ صلة القرابة بالمريض: _____

عنوان الشخص الذي يقدم الدعم: _____

رقم هاتف الشخص الذي يقدم الدعم وعنوان بريده الإلكتروني: _____

الشهادة:

أشهد، على حد علمي، أنّ المعلومات المذكورة أنفاً صحيحة وحقيقية، وأوافق على أنه يمكنك الاتصال بي إذا كان إجراء مزيد من التحقق أمراً ضرورياً.

تاريخ التوقيع

توقيع الشخص الذي يكمل هذا النموذج