

گواهی حمایت

این فرم باید توسط فردی تکمیل شود که به حمایت از بیمار در مورد سرپناه، غذا و/یا مخارج زندگی کمک می کند. این سند هیچ گونه مسئولیت مالی در خصوص بدهی پزشکی معوقه بیماری که برای کمک هزینه مالی از Inova تقاضا می دهد را واگذار نمی کند.

بیمار: 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.

حامی: اگر این فرم را به عنوان حامی تکمیل می کنید، باید جدیدترین اظهارنامه مالیاتی خود را ضمیمه کنید تا مشخص شود بیمار به عنوان وابسته در آن ثبت شده است. اگر اظهارنامه مالیاتی پر نمی کنید، یک بیانیه ارائه دهید که عنوان کند شما اظهارنامه مالیاتی پر نمی کنید و بیمار را به عنوان وابسته اظهار نمی 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: _____

نوع حمایت (همه بخش های زیر را تکمیل کنید):

سرپناه: هیچ کدام یا تاریخ شروع سکونت: _____ تاریخ پایان سکونت: _____ یا هنوز اینجا ساکن هستم

غذا: هیچ کدام یا میانگین مخارج ماهانه مربوط به خانوار بیمار _____ دلار

مخارج زندگی: هیچ کدام یا میانگین مخارج ماهانه مربوط به خانوار بیمار _____ دلار

نام فرد تأمین کننده حمایت: _____ نسبت با بیمار: _____

نشانی فرد تأمین کننده حمایت: _____

شماره تلفن/نشانی ایمیل فرد تأمین کننده حمایت: _____

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