

부양 확인

양식은 거주 장소, 식품, 생활비를 보조하여 환자를 부양하여 돕는 사람이 작성하는 것입니다. 이 문서로 인하여, Inova에 재정보조를 신청하는 환자에게 부여된 미결제 의료 부채에 대한 재정 책임은 어떠한 것도 부여되지 않습니다.

환자: 귀하의 지출을 보조하는 다른 자금원이 있다면 급여 명세서들, 고용상태 확인서, 혹은 보조 확인서도 제출하십시오.

부양자: 부양자로서 이 양식을 작성한다면, 반드시 가장 최근의 세금 신고서를 포함하여, 환자를 피부양자로 신청했는지 판단할 수 있게 해야 합니다. 귀하가 세금 환급을 신청하지 않는다면, 귀하가 세금 환급을 신청하지 않으며 환자를 피부양자로 선언하지 않는다는 사실을 적시하는 확인서를 제공하십시오. 환자는 제공된 서비스와 관련하여 Inova에 재정보조를 요청했습니다. 자격 심사를 마치기 위해서는 아래 정보는 필수입니다.

환자 이름: _____

부양의 종류(아래의 모든 섹션에 작성하세요):

거주 장소: 없음 또는 입주일: _____ 퇴거일: _____ 또는 현재 거주하고 있음

식품: 없음 또는 환자 가구의 월간 평균 지출 금액: \$ _____

생활비: 없음 또는 환자 가구의 월간 평균 지출 금액: \$ _____

부양을 제공하는 사람의 이름: _____ 환자와 관계: _____

부양을 제공하는 사람의 주소: _____

부양을 제공하는 사람의 전화번호/이메일 주소: _____

선서:

위 정보는 제가 가진 최대한의 지식에 따라 진실되고 정확하게 작성했음을 확인합니다. 추가 증빙이 필요하다면 귀하가 저에게 접촉하는데 동의합니다.

이 양식을 작성한 사람의 서명
(Signature of person completing this form)

서명 날짜
(Date signed)