

Verificación de apoyo

El presente formulario debe llenarlo la persona que ayuda al paciente con el alojamiento, la comida o los gastos de manutención. Este documento no asigna ninguna responsabilidad financiera de la deuda médica pendiente adeudada por el paciente que solicita la asistencia financiera a Inova.

Paciente: 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.

Persona que ofrece apoyo: si llena el presente documento como persona que ofrece apoyo, debe incluir la declaración de impuestos más reciente para determinar si el paciente se declara como dependiente. Si no declara impuestos, proporcione una declaración indicando que no presenta una declaración de impuestos y no declara al paciente como dependiente.

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

Nombre del paciente (*Patient name*): _____

Tipo de apoyo (complete todas las secciones a continuación):

Vivienda: Ninguna o Fecha de mudanza a la propiedad: _____

Fecha de mudanza a otra propiedad: _____ o Todavía vive aquí

Comida: Ninguna o Gastos mensuales en promedio en el hogar del paciente \$ _____

Gastos de manutención: Ninguno o Gastos mensuales en promedio en el hogar del paciente \$ _____

Nombre de la persona que ofrece apoyo: _____

Parentesco con el paciente: _____

Dirección de la persona que ofrece apoyo: _____

Número telefónico/dirección de correo electrónico de la persona que ofrece apoyo: _____

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*)