

تعاون کی تصدیق

یہ فارم پناہ، کھانا اور رہنے کے اخراجات میں مریض کے تعاون میں مدد کرنے والے شخص کے ذریعہ مکمل کیا جائے۔ یہ دستاویز Inova سے مالی امداد کے لئے درخواست دینے والے مریض پر کسی واجب الادا بقایا طبی قرض کی مالی ذمہ داری نہیں ڈالتا ہے۔

مریض: اگر آپ کے اخراجات میں مدد کرنے والا آپ کا کوئی دیگر پیسوں کا ذریعہ ہے تو ادائیگی کی مکمل تفصیلات، ملازمت کی تصدیق، یا تعاون کی تصدیق بھی فراہم کریں۔

معاون: اگر آپ اسے ایک معاون کے طور پر مکمل کر رہے ہیں تو، یہ تعین کرنے کے لئے کہ آیا مریض کا ایک منحصر فرد کے طور پر دعویٰ کیا گیا ہے آپ لازمی طور پر حالیہ ترین ٹیکس ریٹرن شامل کریں۔ اگر آپ ٹیکس ریٹرن فائل نہیں کرتے ہیں تو، ایک تصدیق شدہ بیان فراہم کریں جس سے یہ پتہ چلے کہ آپ ٹیکس ریٹرن فائل نہیں کرتے ہیں اور مریض کو ایک منحصر فرد کے طور پر نہیں بیان کرتے ہیں۔

مریض نے Inova سے ایسی مالی امداد کی درخواست کی ہے جو فراہم کردہ خدمات سے متعلق ہے۔ نیچے دی گئی معلومات اہلیت کا جائزہ مکمل کرنے کے لئے ضروری ہے۔

مریض کا نام: _____

تعاون کی قسم (نیچے کے سبھی سیکشن مکمل کریں):

پناہ: کوئی نہیں یا رہائش میں آنے کی تاریخ: _____ رہائش سے جانے کی تاریخ: _____ یا یہاں اب بھی رہائش پذیر ہیں

کھانا: کوئی نہیں یا مریض کے گھرانہ کے لئے اوسط ماہانہ اخراجات _____ ڈالر

رہنے کے اخراجات: کوئی نہیں یا مریض کے گھرانہ کے لئے اوسط ماہانہ اخراجات _____ ڈالر

تعاون فراہم کرنے والے شخص کا نام: _____ مریض سے رشتہ: _____

تعاون فراہم کرنے والے شخص کا پتہ: _____

تعاون فراہم کرنے والے شخص کا فون نمبر/ای میل پتہ: _____

تصدیق:

میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ میرے بہترین علم کی حد تک، مذکورہ بالا معلومات سچی اور درست ہیں۔ میں اس بات سے متفق ہوں کہ مزید تصدیق کی ضرورت پڑنے پر آپ مجھ سے رابطہ کر سکتے ہیں۔

دستخط کی تاریخ

اس فارم کو مکمل کرنے والے شخص کا دستخط