

Xác Nhận Hỗ Trợ

Biểu mẫu này do người đang giúp đỡ bệnh nhân về chỗ ở, thực phẩm và chi phí sinh hoạt hoàn thành. Tài liệu này không quy trách nhiệm tài chính cho bất kỳ khoản nợ y tế quá hạn nào của bệnh nhân đang xin hỗ trợ tài chính từ Inova.

Bệnh nhân: Nếu quý vị có nguồn tiền khác giúp trang trải chi phí, vui lòng cung cấp thêm các chi phiếu lương, Xác Nhận Việc Làm hoặc Xác Nhận Hỗ Trợ.

Người hỗ trợ: Nếu quý vị đang hoàn thành biểu mẫu này với tư cách là người hỗ trợ, quý vị phải bao gồm tờ khai thuế gần nhất để xác định xem bệnh nhân có được coi là người phụ thuộc hay không. Nếu quý vị không khai thuế, hãy cung cấp bản tuyên bố cho biết quý vị không khai thuế và không tuyên bố bệnh nhân là người phụ thuộc. Bệnh nhân đã yêu cầu hỗ trợ tài chính từ Inova cho các dịch vụ được cung cấp. Thông tin dưới đây cần thiết để hoàn thành việc xem xét tính đủ điều kiện.

Tên bệnh nhân: _____

Loại Hỗ Trợ (hoàn thành tất cả các mục bên dưới):

Chỗ ở: Không có hoặc Ngày dọn vào: _____ Ngày dọn ra: _____ hoặc
 Vẫn đang sống ở đây

Thực phẩm: Không có hoặc Chi phí trung bình hàng tháng cho hộ gia đình bệnh nhân \$ _____

Chi phí sinh hoạt: Không có hoặc Chi phí trung bình hàng tháng cho hộ gia đình bệnh nhân \$ _____

Tên người hỗ trợ: _____ Mọi quan hệ với bệnh nhân: _____

Địa chỉ của người hỗ trợ: _____

Số điện thoại/địa chỉ email của người hỗ trợ: _____

Lời chứng thực:

Tôi cam đoan rằng theo hiểu biết tốt nhất của mình, thông tin trên là đúng và chính xác. Tôi đồng ý rằng bệnh viện có thể liên lạc với tôi để xác minh thêm nếu cần.

Chữ ký của người hoàn thành biểu mẫu này
(Signature of person completing this form)

Ngày ký
(Date signed)