

Verificación de apoyo (residencial o económico)

SOLICITANTE: El presente formulario debe llenarlo la persona que ayuda a mantenerlos a usted y a su familia aportándole comida, vivienda o dinero. Este documento no le asigna ninguna responsabilidad financiera de la deuda médica pendiente adeudada por el paciente que solicita la asistencia financiera.

La persona que pide completar este formulario solicitó que Inova Health System le prestara asistencia financiera relacionada con los servicios prestados. Requerimos esta información para constatar si cumple con los requisitos.

A _____ y su familia les provee:
(Nombre del paciente/fiador)
(*Patient/Guarantor Name*)

Tipo de apoyo:

_____ **Vivienda (Shelter)** - Fecha en la que se mudó allí (*Move in Date*): _____
Fecha en la que se mudó a otra parte/presente (*Move Out Date/Present*): _____
_____ **Comida (Food)**
_____ **Apoyo financiero (Financial Support)**

Monto del apoyo financiero (*Financial Support Amount*): \$ _____ semanal (*Weekly*)
\$ _____ quincenal (*Bi-Weekly*) \$ _____ mensual (*Monthly*)
Fecha de inicio (*Date From*): _____ Fecha de finalización (*Date To*): _____

Nombre de la persona que ofrece apoyo (*Name of person providing support*): _____
Parentesco (*Relationship*): _____
Dirección de la persona que ofrece apoyo (*Address of person providing support*): _____

Certificado:

Certifico, a mi leal saber y entender, que la información antes citada 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 que se firmó
(*Date Signed*)

Este formulario debe ser notariado

El notario público suscrito certifica que el presente documento se firmó en mi presencia en la ciudad o el condado de _____ el día _____ de _____ de 20 _____.

Notario público
(*Notary Public*)

Mi comisión vence el: _____
(*My commission Expires*)