

**Verificación de residencia**

El presente formulario debe llenarlo la persona que se encarga de verificar la residencia en nombre del paciente. Este documento no asigna ninguna responsabilidad financiera de la deuda médica pendiente adeudada por el paciente que solicita la asistencia financiera a Inova.

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

Nombre del paciente (*Patient name*): \_\_\_\_\_

Nombre del propietario (*Landlord name*): \_\_\_\_\_

Dirección del propietario: \_\_\_\_\_

Número telefónico del propietario: \_\_\_\_\_

Fecha de mudanza a la propiedad: \_\_\_\_\_

Fecha de mudanza a otra propiedad: \_\_\_\_\_  Todavía vive aquí

Monto pagado por el paciente: \$ \_\_\_\_\_  Semanalmente  Cada dos semanas  Mensualmente

Otro: \_\_\_\_\_

**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 tipeada o escrita a mano de la persona que llena este formulario  
(Signature of person completing this form)

\_\_\_\_\_  
Fecha en la que se firmó  
(Date signed)