

Verificación de autodeclaración

El presente formulario solo se utiliza con pacientes y sus personas de apoyo que trabajan como jornaleros, inmigrantes/trabajadores por temporada, que reciben propinas como ingresos o que están desempleados y no reciben ayuda de familiares/amigos/otros para alojamiento, comida o gastos de manutención.

Si tiene otra fuente de fondos que lo ayude con sus gastos, entonces también proporcione recibos de pago, verificación de empleo o verificación de apoyo.

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 de la persona de apoyo (Supporter name (if different from patient)): _____

Ingreso calculado (bruto, antes de impuestos): \$ _____ por semana cada 2 semanas mes

Vive de sus ahorros: Total de ahorros (Total savings): \$ _____

Si está marcado, entregue extractos bancarios correspondientes a tres meses.

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
(Typed or written signature of person completing this form)

Fecha en la que se firmó
(Date signed)