

Verificación de apoyo

El presente formulario debe llenarlo la persona que ayuda al paciente con el alojamiento, la comida o los gastos de manutención. Este documento no asigna ninguna responsabilidad financiera de la deuda médica pendiente adeudada por el paciente que solicita la asistencia financiera a Inova.

Paciente: si tiene otra fuente de fondos que le ayude con sus gastos, entonces también proporcione recibos de pago, verificación de empleo o verificación de apoyo.

Persona que ofrece apoyo: ***no llene este formulario si declara al paciente como dependiente en sus impuestos.**

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*): _____

Tipo de apoyo prestado al paciente y su familia (complete todas las secciones a continuación):

☐ **Vivienda:** Fecha de mudanza a la propiedad: _____

Fecha de mudanza a otra propiedad: _____ ☐ Todavía vive aquí

☐ **Comida y gastos de manutención:** Gastos mensuales previstos \$ _____

Nombre de la persona que ofrece apoyo: _____

Parentesco con el paciente: _____

Dirección de la persona que ofrece apoyo: _____

Número telefónico/dirección de correo electrónico de la persona que ofrece apoyo: _____

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)