

ملازمت کی تصدیق:

یہ فارم مریض کی جانب سے آمدنی کی تصدیق کرنے والے شخص کے ذریعہ مکمل کیا جائے۔ یہ دستاویز Inova سے مالی امداد کے لئے درخواست دینے والے مریض پر کسی واجب الادا بقایا طبی قرض کی مالی ذمہ داری نہیں ڈالتا ہے۔

مریض نے Inova سے ایسی مالی امداد کی درخواست کی ہے جو فراہم کردہ خدمات سے متعلق ہے۔ نیچے دی گئی معلومات اہلیت کا جائزہ مکمل کرنے کے لئے ضروری ہے۔

مریض کا نام: _____

ادائیگی کی تکرار: ہفتہ میں ایک بار ہفتہ میں دو بار مہینہ میں ایک بار دیگر: _____

اجرتیں (مجموعی - ٹیکسوں سے پہلے): _____ ڈالر فی ہفتہ 2 ہفتے مہینہ سال

کمپنی کا نام: _____

کمپنی کا پتہ: _____

کمپنی کا فون نمبر: _____

اس فارم کو مکمل کرنے والے شخص کا نام: _____

اس فارم کو مکمل کرنے والے شخص کا عہدہ/حیثیت: _____

تصدیق:

میں تصدیق کرتا/کرتی ہوں کہ میرے بہترین علم کی حد تک، مذکورہ بالا معلومات سچی اور درست ہیں۔ میں اس بات سے متفق ہوں کہ مزید تصدیق کی ضرورت پڑنے پر آپ مجھ سے رابطہ کر سکتے ہیں۔

_____ دستخط کی تاریخ

_____ اس فارم کو مکمل کرنے والے شخص کا دستخط