

(Today's Date (month/day/year تاریخ امروز (ماه/ روز/ سال)	MRN: نمبر ریکارد طبی	Patient's Name: اسم مریض
--	------------------------------------	--

در صورت نداشتن پشتوانه مالی و یا سند درآمد خود می توانید با پر کردن این فرم به ما اطلاع دهید
 برای تایید خود، لطفاً یکی از گزینه های زیر را انتخاب کنید و در پایین امضا کنید
 من گواهی میدهم که هیچ راه دیگری برای ثبت درآمد خود ندارم. این بخاطر این است که

I am paid in cash. I do not get paychecks/pay stubs.

☐ به من پول نقد پرداخت می شود. من چیک/مشتتری دریافت نمی کن

I am unable to provide any proof of income because neither I nor any other member of my household has any source of income.

☐ من قادر به ارائه هیچ اسناد برای درآمد نیستم زیرا نه من و نه هیچ یک از اعضای خانواده ام هیچ منبع درآمدی نداریم

من گواهی میدهم که هیچ راه دیگری برای ثبت درآمد خود ندارم. تأیید می کنم که اطلاعات فوق تا آنجایی که من می دانم درست و صحیح است. من متوجه هستم که اگر اطلاعاتی که ارائه می دهم نادرست باشد، از کمک مالی خودداری می کنم و مسئولیت خدمات ارائه شده را بر عهده خواهم داشت و انتظار می رود هزینه آن را بپردازم

Patient/Legal Guardian Name (Print)

(نام بیمار/ سرپرست قانونی (چاپ

Relationship to Patient of Individual Signing Form

(For example, patient, parent, guardian)

فرم امضای ارتباط با بیمار
 (به عنوان مثال، بیمار، والدین، سرپرست)

Patient/Legal Guardian Signature

امضای بیمار/سرپرست قانونی

Date **تاریخ**

VERIFICATION AND DETERMINATION (Office Use Only)

I certify that I asked the applicant/recipient about all the sources of income received by the household and, before using this form, used my best efforts to obtain other possible sources of documentation. The information reported on this form was provided solely by the applicant/recipient and reflects the income the applicant reported to me.

Employee's Signature: _____ Date: _____