Employer Income Verification

The patient named below has requested medical treatment from Volunteers in Medicine Clinic Hilton Head Island. To complete their registration, we kindly ask for verification of their employment and income for the work they perform. Please provide the requested information below. This information will remain confidential and will not be shared with any government organization. It is protected under HIPAA guidelines. Thank you for your assistance.

Employee Information

Employee Name: _____

Employee Phone Number: _____

Employer Information

Company Name: _____

Company Phone Number: _____

May we contact you for clarification, if needed: ☐ **Yes** ☐ **No**

Company Address: _____
Street Address

_____ _____ _____
City **State / Province** **Zip Code**

Income Verification

Hours per Week: _____ **Pay per Hour:** _____

Additional Information

_____ _____
Employer Signature Date

I understand that I must report any change in income status to Volunteers in Medicine Clinic Hilton Head Island.
By my signature below, I attest that the information provided is accurate, complete, and true to the best of my knowledge and belief. I acknowledge that any omission or inaccurate information could jeopardize my request for assistance.

_____ _____
Applicant Signature Date

Verificación de Ingresos del Empleador

El paciente que se menciona a continuación ha solicitado tratamiento médico en Volunteers in Medicine Clinic de Hilton Head Island. Para completar su registro, le solicitamos que verifique su empleo y sus ingresos por el trabajo que realiza. Proporcione la información solicitada a continuación. Esta información se mantendrá confidencial y no se compartirá con ninguna organización gubernamental. Está protegida por las pautas de HIPAA. Gracias por su ayuda.

Información del Empleado

Nombre del Empleado: _____

Número de Teléfono del Empleado: _____

Información para el Empleador

Nombre de Empresa: _____

Número de Teléfono de la Empresa: _____

¿Podemos ponernos en contacto con usted para cualquier aclaración, si es necesario? ☐ **Sí** ☐ **No**

Dirección de la Empresa: _____
Dirección de la Calle

_____ _____ _____
Ciudad **Estado / Provincia** **Código Postal**

Verificación de Ingresos

Horas por semana: _____ **Pago por Hora:** _____

Información Adicional

_____ _____
Firma del Empleador Fecha

Entiendo que debo informar cualquier cambio en el estado de mis ingresos a Volunteers in Medicine Clinic Hilton Head Island. Con mi firma a continuación, doy fe de que la información proporcionada es precisa, completa y verdadera según mi leal saber y entender. Reconozco que cualquier omisión o información inexacta podría poner en peligro mi solicitud de asistencia.

_____ _____
Firma del Solicitante Fecha