DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE LOUDOUN

CENTRO DE SALUD COMUNITARIO

102 HERITAGE WAY, SUITE 100
LEESBURG, VA 20176
(703) 777-0236

(CONFIDENCIAL)
SOLO PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE LOUDOUN

A fin de que _____ cumpla con los requisitos indispensables para determinar su elegibilidad y así pueda recibir servicios en esta clínica, deberá llenar y devolver a nosotros la parte inferior de esta carta.

Agradecemos su colaboración y asimismo le aseguramos que toda la información que Ud. nos brinde se mantendrá de manera estrictamente confidencial.

Atentamente,

_____

JOHN GLOVER
BUSINES MANAGER

ESTA SECCION DEBERA SER LLENADA SOLO POR EL EMPLEADOR

La presente es para verificar que (nombre del empleado) _____ ha trabajado para (empleador) _____ desde ____/____/____

EL/ ELLA trabaja _____ horas por _____ y gana $_____por _____ antes de deducir impuestos.

Firma del Supervisor/Empleador _____

Título _____

Fecha ____/____/____

Dirección _____

_____

Teléfono (____) _____

MO