

**由員工填寫：**

員工姓名：

社會保障號：

員工地址：

城市、街道和郵遞區號

本人特此授權下面列出的雇主向 UF & Shands Healthcare 公開  
所要求的關於我的收入和就業狀況的資訊。

員工簽名

日期

**由雇主填寫**

致有關人士：

上面列出的您的員工（或他/她的家庭成員）已申請 UF Health 的服務。為認定獲得所提供服務的援助的資格，我們需要檢核他/她的總收入和就業狀況。在獲得您員工的書面授權後，請向我們提供以下資訊。

公司名稱：\_\_\_\_\_

雇主姓名：\_\_\_\_\_

雇主地址：\_\_\_\_\_

雇用日期：\_\_\_\_\_ 電話號碼：(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

本年迄今總收入：\$ \_\_\_\_\_ 截至（日期）：\_\_\_\_\_

如果員工不再受雇或休假，請註明工作的最後一天：\_\_\_\_\_

提供此資訊的人員（請以正楷填寫）：\_\_\_\_\_

雇主簽名：\_\_\_\_\_

頭銜：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

如果可能，請附上公司的名片/印章。

根據公法 s.817.50 F.S.，提供虛假資訊欺騙醫院以獲得商品或服務為目的的行為屬於二級輕罪。