



**University of  
Vermont Health**

## **Lettre d'attestation de revenus**

Remarque : Ce formulaire doit être utilisé uniquement par les personnes ne disposant d'aucune autre preuve valide de revenus. Si vous avez déclaré des revenus avec les justificatifs appropriés et/ou si vous remplissez les conditions d'éligibilité, vous n'avez pas besoin de remplir ce formulaire.

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ État : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

Veillez indiquer les sources de financement de vos besoins quotidiens de base, le logement et nutrition, par exemple.

• \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mon dernier emploi remonte à (mois/année) :

\_\_\_\_\_

Mon dernier employeur était :

\_\_\_\_\_

### **Les demandeurs doivent lire et signer la déclaration suivante :**

Je sollicite une aide financière auprès de l'University of Vermont Health Partners. Je comprends que les responsables du programme peuvent vérifier les informations fournies dans ce formulaire. Je certifie que toutes les informations que j'ai fournies sont exactes et complètes.

---

**Signature du patient / garant financier ou (parent/tuteur si le patient est âgé de moins de 18 ans)    Date**