



# University of Vermont Health

## Déclaration de résidence

18 V.S.A. § 9481(12)

Nom du patient : \_\_\_\_\_

Date de naissance du patient : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Dans le cadre de ma demande d'aide financière au titre du programme d'aide financière de l'University of Vermont Health, je déclare par la présente ce qui suit :

- 1) Je résidais dans le Vermont au moment où j'ai bénéficié des services médicaux faisant l'objet de ma demande d'aide financière ; et
- 2) Je ne disposais pas d'un logement permanent stable à cette époque.

Ce document peut être signé par un tuteur ou un aidant autorisé à la place du patient. Lorsque ce document est signé et fourni à UVM Health dans le cadre d'une demande d'aide financière, le patient n'est pas tenu de fournir d'autres preuves de résidence pour bénéficier de l'aide financière.

\_\_\_\_\_  
Signature du patient (ou du tuteur ou de l'aidant)

\_\_\_\_\_  
Nom en lettres majuscules du tuteur ou du soignant  
(le cas échéant)