



University of Vermont Health

收入自我证明

注意：此表格仅适用于没有其他有效收入证明的个人。如果您在适当支持下申报了收入，或符合推定资格，则无需填写此表。

姓名： 出生日期：

邮寄地址：

城市： 州： 邮政编码：

电话：

请说明您基本日常需求的资金来源，如住所和食物

我的上一份工作是在（月/年）：

我的上一任雇主是：

申请人必须阅读并签署以下内容：

本人正在申请 的经济援助。本人理解，计划官员可能会核实此表格中的信息。本人保证，本人提供的所有信息均准确且完整。

患者/经济担保人签名（或如果患者未满 18 周岁，则由父母/监护人签名） 日期